

Condições Gerais

**SEGURO DE
ACIDENTES PESSOAIS -
INDIVIDUAL**

Processo Susep: 15414.636640/2021-09



Caro Segurado,

Obrigado por escolher a Kovr Seguradora

Você acaba de adquirir um produto desenvolvido para atender suas necessidades e te apoiar nos momentos de imprevisto.

Nossa equipe está pronta para te prestar todo o suporte necessário e garantir a sua tranquilidade.

Abaixo, você pode conferir as Condições Gerais do seu seguro, bem como os telefones úteis para entrar em contato conosco.

TELEFONES ÚTEIS	
Aviso Sinistro: 4004 1790	SAC: 0800 646 8378
Necessidades Especiais: 0800 600 0601	www.consumidor.gov.br
Ouvidoria: 0800 606 2320	



Sumário

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL – CONDIÇÕES GERAIS	6
1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES.....	6
2. OBJETIVO.....	6
3. DEFINIÇÕES	6
4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	10
5. COBERTURAS DO SEGURO	11
6. RISCOS EXCLUÍDOS	11
7. CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO.....	13
8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	13
9. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	14
10. CAPITAL SEGURADO.....	15
11. ATUALIZAÇÃO DO(S) CAPITAL(IS) SEGURADO(S) E PRÊMIO(S)	16
12. REAJUSTE DO PRÊMIO	16
13. CANCELAMENTO DO SEGURO	16
14. CARÊNCIA.....	16
15. FRANQUIA	17
16. AGRAVAMENTO DO RISCO	17
17. BENEFICIÁRIOS	17
18. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	18
19. COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	19
20. MORA.....	20
21. FORO.....	20
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	21
1. RISCOS COBERTOS	21
2. RISCOS EXCLUÍDOS	21
3. CAPITAL SEGURADO.....	21
4. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS.....	21
5. RATIFICAÇÃO	22
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	23



1. RISCOS COBERTOS	23
2. RISCOS EXCLUÍDOS	24
3. CAPITAL SEGURADO.....	24
4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	25
5. JUNTA MÉDICA.....	25
6. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS	25
7. RATIFICAÇÃO	26

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIH-A)27

1. RISCOS COBERTOS	27
2. RISCOS EXCLUÍDOS	27
3. CAPITAL SEGURADO.....	27
4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	27
5. FRANQUIA.....	28
6. CARÊNCIA.....	28
7. OUTROS SEGUROS.....	28
8. INDENIZAÇÃO.....	28
9. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS	29
10. COMPROVAÇÃO DO EVENTO HOSPITALIZAÇÃO	29
11. RATIFICAÇÃO	30

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)31

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	31
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	31
3. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	31
4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	32
5. CAPITAL SEGURADO.....	32
6. RATIFICAÇÃO	32

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)33

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	33
2. RISCOS EXCLUÍDOS	33
3. CAPITAL SEGURADO.....	33
4. FRANQUIA.....	33



5. INDENIZAÇÃO	33
6. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS	34
7. RATIFICAÇÃO	34

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – CLT (PRD).....35

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	35
2. RISCOS COBERTOS	35
3. RISCOS EXCLUÍDOS	35
4. CARÊNCIA.....	36
5. FRANQUIA.....	37
6. CAPITAL SEGURADO.....	37
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO	37
8. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	37
9. BENEFICIÁRIO	38
10. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	38

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA - PROFISSIONAL LIBERAL / AUTÔNOMO (PRI).....39

1. OBJETIVO.....	39
2. RISCOS COBERTOS	39
3. RISCOS EXCLUÍDOS	40
4. CARÊNCIA.....	42
5. FRANQUIA.....	42
6. CAPITAL SEGURADO.....	43
7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	43
8. JUNTA MÉDICA.....	44
9. BENEFICIÁRIO	45
10. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	45



SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL – CONDIÇÕES GERAIS

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. Estas são as Condições Gerais do Plano ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL da Kovr Seguradora, nome fantasia, do Ramo Principal 1381 – Acidentes Pessoais.
- 1.2. Este plano destina-se à cobertura de segurados individuais.
- 1.3. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.
- 1.4. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 1.5. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 1.6. Reclamações: www.consumidor.gov.br
- 1.7. Todos os valores constantes dos documentos relativos a este plano de seguro serão expressos em moeda corrente nacional.
- 1.8. Este plano está estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não permite a concessão de resgate, saldamento ou devolução e de prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário, uma vez que cada Prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período da Cobertura.
- 1.9. Em caso de inclusão de menores de 14 anos, é permitido exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.

2. OBJETIVO

- 2.1. Este Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, na ocorrência de um acidente cobertos pelas garantias contratadas, de acordo com as coberturas e limites dos Capitais Segurados contratados, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e das demais Condições Contratuais.

3. DEFINIÇÕES

- 3.1. **Aceitação:** é o ato de aprovação, após análise do risco proposto, pela Seguradora, da Proposta de Contratação, efetuada pelo Proponente Individual, para a cobertura de determinado(s) risco(s) e que servirá de base para a emissão da Apólice e/ou do Certificado Individual.
- 3.2. **Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez funcional permanente total ou parcial do Segurado, observando-se que:
 - 3.2.1. incluem-se nesse conceito:
 - a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, ao acidente pessoal, observada legislação em vigor;
 - b) os acidentes decorrentes da ação da temperatura do ambiente ou influência



atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

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

3.2.2. excluem-se desse conceito:

- a) as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidéz acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz por acidente pessoal.

- 3.3. **Aditivo:** são as alterações efetuadas na Proposta de Contratação que, após assinatura do Proponente e/ou seu Corretor, será efetuado o endosso na Apólice.
- 3.4. **Agravação de Risco:** circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora, independente ou não da vontade do Segurado.
- 3.5. **Âmbito Geográfico de Cobertura:** é a delimitação física da(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.
- 3.6. **Apólice:** é o documento que formaliza a aceitação, pela Seguradora, da cobertura proposta pelo Proponente,. É o instrumento do contrato de seguro pelo qual o Segurado repassa à Seguradora a responsabilidade sobre os riscos, estabelecidos na mesma, que possam advir. A apólice contém as cláusulas e condições gerais e/ou especiais do contrato.
- 3.7. **Aviso de Sinistro:** é a comunicação da ocorrência de um evento (sinistro) que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento. Pode-se dizer que é a comunicação oficial à Seguradora da ocorrência do Sinistro, sua natureza e gravidade.
- 3.8. **Ato Ilícito** – Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.
- 3.9. **Beneficiário:** é a pessoa designada pelo Segurado para receber a indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado. O Segurado poderá designar, caso não exista impedimento legal, mais de um Beneficiário.
- 3.10. **Boletim de Ocorrência (BO):** documento emitido pela Polícia que relata as circunstâncias de



acidentes ocorridos, ou registra o roubo/furto de bens do Segurado.

- 3.11. **Cancelamento:** a rescisão do contrato, quer pelo Segurado, quer pela Seguradora.
- 3.12. **Capital Segurado:** é a importância máxima paga pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) em função do valor estabelecido para cada garantia contratada, vigente na data do evento.
- 3.13. **Carência:** é o período contínuo de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado não terá direito à integralidade da(s) garantia(s) contratual(is), sendo inexistente em caso de acidente pessoal. Ver Cláusula 16 destas Condições.
- 3.14. **Condições Contratuais:** é o conjunto das disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais e da Apólice.
- 3.15. **Condições Especiais:** é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de coberturas que podem ser contratadas dentro de um mesmo Plano de Seguro.
- 3.16. **Condições Gerais:** são as cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo os direitos e deveres do Segurado, da Seguradora e dos Beneficiários.
- 3.17. **Corretor:** é o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na SUSEP para intermediar e promover Contratos de Seguro, conforme definido no Decreto-Lei nº 73/1966 e na Lei nº 4.594/1964.
- 3.18. **Culpa Grave:** termo utilizado para expressar forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada por negligência ou imprudência grosseira, sendo que, apesar de a ação resultar em consequências sérias ou mesmo trágica, não houve, por parte do agente, a intenção clara de obter o resultado, embora tivesse assumido a possibilidade da sua realização.
- 3.19. **Declaração Pessoal de Saúde e Atividades:** é o questionário integrante da Proposta de Contratação, que deverá ser respondido de próprio punho pelo Proponente, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado, bem como sua principal ocupação e/ou atividade e profissão.
- 3.20. **Doença:** é o evento decorrente da perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.
- 3.21. **Doença Congênita:** considera-se como doença congênita, para fins desta cobertura, defeitos anatômicos e funcionais diagnosticados quando do nascimento com vida.
- 3.22. **Doenças Lesões e/ou Deficiências Preexistentes e suas Consequências:** são as doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, em relação à qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação, e que não tenha sido declarada na Proposta de Contratação. A preexistência de doenças ou lesões poderá ser constatada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.
- 3.23. **Dolo:** intenção de praticar um mal que é considerado crime, seja por ação ou por omissão, ou ainda, vício de consentimento caracterizado na intenção de prejudicar ou fraudar outrem.
- 3.24. **Endosso:** é o documento expedido pela Seguradora, durante a vigência do contrato/apólice, pelo qual este e o Segurado acordam quando a alteração de dados, modificam condições ou



objetos da apólice ou o transferem a outrem.

- 3.25. **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.
- 3.26. **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de sinistro à Seguradora.
- 3.27. **Franquia:** é a parte do risco, determinada em valor, dias ou percentagem, que fica a cargo do Segurado, e cujo montante será fixado no Contrato.
- 3.28. **Garantias:** são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto contratado.
- 3.29. **Incapacidade:** é a perda total, temporária ou permanente da capacidade para exercer a atividade principal declarada na Proposta de Contratação, decorrente de doença ou acidente pessoal cobertos.
- 3.30. **Indenização:** é o valor devido pela Seguradora, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), correspondente ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado, deduzido os valores referentes à carência e/ou franquia, quando houver.
- 3.31. **Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- 3.32. **Invalidez Permanente:** é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão.
- 3.33. **IPC-A:** Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística • IBGE.
- 3.34. **Liquidação do Sinistro:** é o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.
- 3.35. **Má-fé:** consciência da ilicitude na prática de um ato com finalidade de lesar direito de terceiro.
- 3.36. **Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- 3.37. **Prazo de Carência:** é o período, contado a partir da data do início de vigência do Seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência de sinistro, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao recebimento dos Capitais Segurados contratados.
- 3.38. **Prêmio de Seguro:** é o valor que o Segurado paga à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) garantia(s) contratada(s).
- 3.39. **Proponente:** é a pessoa que propõe sua adesão ao Seguro e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.
- 3.40. **Proposta de Contratação:** é o instrumento mediante o qual o Proponente expressa a intenção de participar do Seguro, especificando seus dados cadastrais, respondendo à Declaração Pessoal de Saúde e Atividades e indicação dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, e manifestando pleno conhecimento e concordância com as regras estabelecidas nas respectivas Condições Contratuais.
- 3.41. **Reabilitação do Seguro:** é o restabelecimento das coberturas contratadas em função do



pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão.

- 3.42. **Regime Financeiro de Repartição Simples:** é aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações neste mesmo período.
- 3.43. **Regulação de Sinistro:** é o exame, na ocorrência de um sinistro, das causas e circunstâncias para caracterização do risco ocorrido e, em face dessas verificações, se concluir sobre a sua cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 3.44. **Reintegração do Capital Segurado:** é a recomposição do Capital Segurado após a liquidação do sinistro.
- 3.45. **Renda:** forma de indenização efetuada pela Seguradora e caracterizada como sendo uma série de pagamentos periódicos a que tem direito o(s) assistido(s).
- 3.46. **Risco:** é o evento incerto ou de data incerta que independente da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o seguro. O risco é a expectativa de sinistro. Sem risco não pode haver contrato de seguro. É comum a palavra ser usada, também, para significar a coisa ou pessoa sujeita ao risco. O risco pode também ser definido como a incerteza com relação à perda, ou o risco é o objeto do seguro, configurando a probabilidade de um evento futuro atingir um bem que representa um interesse econômico para o Segurado.
- 3.47. **Riscos Excluídos:** são eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.
- 3.48. **Segurado:** é o Proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.
- 3.49. **Seguradora:** empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no Contrato de Seguro.
- 3.50. **Seguro:** contrato pelo qual uma das partes, mediante cobrança de prêmio, a indenizar outra pela ocorrência de determinados eventos ou por prejuízos eventuais.
- 3.51. **Sinistralidade:** número de vezes que os sinistros ocorrem e seus valores. Mede a expectativa de perda, que é imprescindível para estabelecer o prêmio estatístico ou o custo puro de proteção.
- 3.52. **Sinistro:** ocorrência de acontecimento previsto no contrato de seguro e que, legalmente, obriga a Seguradora a indenizar.
- 3.53. **SUSEP** – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de seguros no Brasil.
- 3.54. **Taxa:** elemento necessário à fixação das tarifas de prêmios, cálculos de juros, reservas matemáticas, etc. A taxa é uma percentagem fixa, que se aplica a cada caso determinado, estabelecendo a importância necessária ao fim visado.
- 3.55. **Vigência do Seguro:** é o período de tempo fixado para validade do seguro (ou cobertura). É o prazo que determina o início e o fim da duração das coberturas ou garantias contratadas.
- 3.56. **Vigência da Cobertura Individual:** é o período em que o Segurado está coberto pela(s) garantia(s) deste Seguro.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 4.1. O presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.



- 4.2. Quando for o caso, eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

5. COBERTURAS DO SEGURO

- 5.1. Consideram-se Riscos Cobertos aqueles expressamente convencionados nas Condições Especiais das coberturas abaixo, desde que tenham sido efetivamente contratadas e ratificadas na Apólice.
- 5.1.1. Garantia Básica:
- a) Morte Acidental (MA)
- 5.1.2. Garantias Adicionais:
- a) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
 - b) Diária por Internação Hospitalar Por Acidente (DIH-A);
 - c) Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
 - d) Diária por Incapacidade Temporária (DIT)
- 5.2. A contratação da cobertura básica é obrigatória, e as demais coberturas deste plano poderão ser contratadas de forma facultativa. A contratação deve ser ratificada em cada Apólice com a indicação dos respectivos Capitais Segurados.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

- 6.1. Mesmo durante a Vigência do Seguro, a Kovr Seguradora não realizará o pagamento da Indenização ao Segurado ou Beneficiário, caso o Sinistro ocorra por consequência, direta ou indireta:
- e) de ato doloso ilícito do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro;
 - f) de uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - g) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
 - h) de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
 - i) do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência individual ou nos 2 (dois) primeiros anos da data do aumento do Capital Segurado, apenas na parte que se refere a esse aumento; e
 - j) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei
 - k) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - l) de ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado,



independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente; e

- m) do Segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.
- n) de competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios.

6.2. Estão Excluídos das Coberturas deste seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em consequência de Evento Coberto, decorrentes de:

- a) Danos morais e estéticos: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente Apólice as indenizações por DANOS MORAIS E ESTÉTICOS, decorrentes de qualquer Evento Coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.

a.1) Dano estético é todo e qualquer dano físico/corporal causado a pessoas que embora não acarretando Sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética.

a.2) Dano moral é toda e qualquer ofensa ou violação que, mesmo sem ferir ou causar estragos ao patrimônio material de uma pessoa, ofenda seus princípios e valores de ordem moral, relacionados à sua honra, seus sentimentos a sua dignidade, como também de sua família.

a.2.1) Quando proveniente de ação judicial, ficará à critério do juiz o reconhecimento da existência de tal dano, bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, que deverá ser direcionada contra o efetivo causador do dano.

- b) Danos materiais: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente Apólice as indenizações por DANOS MATERIAIS, decorrentes de qualquer Evento Coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.

b.1) Dano material é todo e qualquer dano que atinge diretamente o patrimônio das pessoas e pode ser configurado por uma despesa que foi gerada por uma ação ou omissão indevida de terceiros, caracterizando a necessidade de reparação material.

- c) Lucros cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer Risco Coberto e indenizável.

6.3. Não se consideram Riscos Excluídos, quando a Morte ou incapacidade do segurado, provier de eventos decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

6.4. Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de Risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, situação em que este perderá o direito à Cobertura do seguro, conforme disposto no artigo 768 do



Código Civil.

7. CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. A contratação ou alteração do seguro será feita mediante Proposta de Contratação assinada pelo proponente, por seu representante ou por corretor de seguros habilitado, e entregue, sob protocolo, à Seguradora e deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.
 - 7.1.1. A Proposta de Contratação também poderá ser formalizada por meio de login e senha, necessariamente pré-cadastrados pelo proponente/representante legal em ambiente seguro.
- 7.2. A aceitação do proponente estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.
- 7.3. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da data de recepção da proposta, para aceitá-la ou não, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Adesão por escrito ao Proponente, o Seguro considera-se aceito.
- 7.4. A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta poderá ocorrer apenas uma vez, desde que a Seguradora fundamente o pedido, hipótese em que o prazo de 15 (quinze) dias mencionado no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que a Seguradora receber os documentos.
- 7.5. Em caso de aceitação de proposta recepcionada sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data indicada na proposta, ou, na falta desta, a data de recebimento da mesma pela Seguradora.
- 7.6. As propostas recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento, parcial ou total, do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de protocolo da proposta na Seguradora.
- 7.7. Na hipótese de não aceitação da proposta de seguro, a Seguradora procederá à comunicação formal com a justificativa da recusa.
- 7.8. Em caso de não aceitação de proposta em que tenha havido adiantamento de valor para pagamento parcial ou total do prêmio, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data de formalização da recusa. O valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa e será restituído ao proponente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.
- 7.9. A critério da Seguradora, poderá ser exigida a Declaração Pessoal de Saúde e Atividades do proponente, quando da contratação do seguro.

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 8.1. A vigência do seguro será estipulada na Proposta de Contratação e especificado na Apólice de Seguro.
 - 8.1.1. O seguro poderá ser cancelado de acordo com a CLÁUSULA 13 - CANCELAMENTO DO SEGURO.
- 8.2. A apólice e os endossos terão seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das



datas para tal fim neles indicadas.

- 8.3. A Seguradora emitirá e enviará a Apólice de todos os Segurados no início e a cada renovação do seguro.
- 8.4. A renovação poderá ocorrer de forma automática uma única vez, nos termos da Lei, salvo se a Seguradora ou o Segurado, manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
- 8.5. A partir da segunda, as renovações do seguro deverão ser feitas de forma expressa, servindo-se a Seguradora ou o Segurado de meio que demonstre sua vontade em renovar o Seguro.
 - 8.5.1. A manifestação se tornará sem efeito, caso a Seguradora se manifeste com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação ao término de vigência da apólice, informando a não aceitação da renovação do seguro.
- 8.6. Na renovação do seguro não haverá necessidade de nova avaliação das condições de saúde e atividade do proponente para permanência no seguro.
- 8.7. Qualquer alteração nas Condições Contratuais deste seguro será realizada por endosso à apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante.

9. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 9.1. O pagamento dos prêmios é de responsabilidade do Segurado.
- 9.2. Os prêmios serão calculados com base nas taxas e critérios constantes da Proposta de Contratação, Apólice e Condições Especiais.
- 9.3. O pagamento do prêmio será efetuado conforme opção indicada na Proposta de Contratação, podendo ser mensal ou anual.
- 9.4. Para garantir seu direito à cobertura, o Segurado deverá efetuar o pagamento dos prêmios à Seguradora até a data acordada.
- 9.5. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário.
- 9.6. **O não pagamento da parcela única ou da primeira parcela do prêmio na data de vencimento prevista no documento de cobrança implicará o cancelamento automático do seguro, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.**
- 9.7. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que este tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, podendo, quando for o caso, haver o abatimento do prêmio na indenização.
- 9.8. Em caso de atraso no pagamento de mais de 1 (uma) parcela do Prêmio incidirão sobre a parcela os seguintes encargos: multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso, juros de 1% (um por cento) ao mês e a atualização monetária pela variação positiva do índice do IPCA/IBGE (Índice de Preço ao Consumidor Amplo) ambos contados desde a data do vencimento da parcela até o efetivo pagamento.
- 9.9. Decorrido o prazo de pagamento da segunda parcela do Prêmio inadimplida, e/ou das parcelas posteriores, sem que tenha sido quitado o respectivo débito ou documento de cobrança, a cobertura do seguro não será suspensa pelo período de atraso até um período máximo de 90 (noventa) dias.



9.9.1. Findo o prazo de 90 (noventa) dias sem que seja retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do seguro, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s), e sem prejuízo à cobrança dos Prêmios relativos ao período de cobertura decorrido.

9.10. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos às atualizações monetárias a partir da data de recebimento, até a data da devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE ou outro índice que o substitua.

9.11. A contratação do Seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do Prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

9.12. Na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado, cancelamento por liquidação do saldo devedor da operação de crédito ou cancelamento por renovação da operação de crédito, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o custo do seguro (prêmio) calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto, ou se configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto a seguir:

Tabela de Prazo Curto

Relação % entre o Prêmio Pago e o Prêmio Total	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência	Relação % entre o Prêmio Pago e o Prêmio Total	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

Nota: Para os prazos não previstos na tabela acima, deverão ser aplicadas as percentagens relativas aos prazos imediatamente superiores.

10. CAPITAL SEGUADO

- 10.1. O Capital Segurado, por cobertura, será indicado na Apólice e representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora em caso de sinistro coberto.
- 10.2. A data do evento a ser considerada para determinação do Capital Segurado vigente na data do sinistro está estabelecida nas Condições Especiais das respectivas coberturas contratadas.



11. ATUALIZAÇÃO DO(S) CAPITAL(IS) SEGURADO(S) E PRÊMIO(S)

- 11.1. O(s) Capital(is) Segurado(s) e o(s) prêmio(s) será(ão) atualizado(s) a cada aniversário do Seguro com base na variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.
- 11.2. Na eventualidade de ser extinto o IPCA/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação acumulada Índice Geral de Preços ao Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.
- 11.3. Caso o Segurado deseje aumentar espontaneamente o(s) seu(s) Capital(is) Segurado(s), a parcela do aumento estará sujeita a subscrição de uma nova Proposta de Contratação. Para tanto, a parcela do referido aumento será considerada como um Seguro Novo, cuja aprovação dependerá de prévia apreciação por parte da Seguradora.

12. REAJUSTE DO PRÊMIO

- 12.1. A Seguradora efetuará avaliações anuais da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da apólice.
 - 12.1.1. Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do segurado, a taxa reajustada será aplicada a partir do próximo aniversário anual de cada apólice em vigor nesta Seguradora, desde que haja anuência expressa do segurado, que deverá ser comunicado à respeito da alteração mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 dias que antecedam o final de vigência da apólice.
- 12.2. A nova taxa será aplicada juntamente com a atualização do capital segurado.

13. CANCELAMENTO DO SEGURO

- 13.1. Este seguro será rescindido ou cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, por falta de pagamento do prêmio, nos termos da CLÁUSULA 9 – PAGAMENTO DO PRÊMIO ou descumprimento de quaisquer outras obrigações previstas nas Condições Contratuais e/ou nos termos da CLÁUSULA 18 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO, destas Condições Gerais.
- 13.2. O seguro será cancelado ainda:
 - a) A ocorrência da morte do segurado;
 - b) Quando o Segurado solicitar o cancelamento.

14. CARÊNCIA

- 14.1. O período de carência, quando previsto na apólice, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou de sua recondução depois de suspenso.
- 14.2. Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses.



- 14.3. O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido nestas Condições Gerais.
- 14.4. Aumentos de Capital Segurado e subscrições posteriores serão distintas e independentes umas das outras, podendo ser estipulado pela Seguradora, prazos de carência próprios.
- 14.5. A existência de carência está estabelecida nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

15. FRANQUIA

- 15.1. A existência de franquias está estabelecida nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

16. AGRAVAMENTO DO RISCO

- 16.1. O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todas as alterações que agravem o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se for provado que silenciou de má-fé.
- 16.2. A mudança de profissão e/ou a mudança de residência para outro país, conforme o caso, a prática de esportes considerados de alto risco (artes marciais, asa delta, automobilismo, balonismo, boxe, esqui aquático e na neve, lutas livres, motociclismo, paraquedismo e voo livre, entre outros) e o uso habitual de substâncias alcoólicas ou entorpecentes de qualquer tipo, assim como o hábito de fumar, são exemplos de agravamento no risco.
- 16.3. A Seguradora, em até 15 (quinze) dias do recebimento do aviso de agravamento do risco, poderá dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o Seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 16.4. A falta de comunicação dessas alterações implicará na perda do direito à indenização, conforme previsto no Art. 769 do Código Civil Brasileiro, abaixo transcrito:

"Art. 769. O Segurado é obrigado a comunicar ao Segurador, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se provar que silenciou de má-fé.

1º O Segurador, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso da agravamento do risco sem culpa do Segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de resolver o contrato.

2º A resolução só será eficaz trinta dias após a notificação, devendo ser restituída pelo Segurador a diferença do prêmio. "

17. BENEFICIÁRIOS

- 17.1. É facultado ao Segurado indicar ou substituir o(s) Beneficiário(s).
- 17.2. O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) nominalmente pelo Segurado na Proposta de Contratação, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida, assinada e com firma reconhecida por autenticidade.
- 17.2.1. Na falta da indicação de Beneficiário, ou se por qualquer outro motivo não prevalecer a que for feita, aplicar-se-á, para efeito de pagamento de indenização, o disposto nos Arts. 792 e



793 do Código Civil Brasileiro, abaixo transcritos:

"Art. 792 – Na falta de indicação da pessoa ou Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária."

Parágrafo Único – Na falta de pessoas indicadas neste artigo, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência."

"Art. 793 - É válida a instituição do companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato."

17.2.2. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

17.2.3. A alteração de Beneficiário será considerada a partir do momento em que a Seguradora receber a comunicação por escrito.

17.3. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) o próprio Segurado será o Beneficiário.

18. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

18.1. O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, caso haja por parte dos mesmos, seus prepostos ou seu(s) Beneficiário(s):

- a) inexactidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Contratação que tenham influenciado na aceitação do Seguro;
- b) inobservância das obrigações convencionadas na Apólice; e/ou da CLÁUSULA 16 – AGRAVAMENTO DO RISCO destas Condições Gerais, por parte do Segurado
- c) fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências.

18.2. Se a inexactidão ou a omissão nas declarações, prevista no subitem 18.1. a), não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

18.2.1. na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

18.2.2. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

18.2.3. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento do Capital Segurado, cancelar o Seguro,



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

- 18.3. Nulo será o Seguro para garantia de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.
- 18.4. O(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização quando o Segurado se suicidar nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do Seguro.

19. COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 19.1. Em caso de sinistro, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro a ser fornecido pela Seguradora, e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos descritos nas Condições Especiais das coberturas contratadas.
- 19.2. O prazo para pagamento da indenização, por parte da Seguradora, é limitado a 30 (trinta) dias contados a partir da entrega, pelo Segurado ou Beneficiário, da documentação básica necessária para a regulação do sinistro, definida nas Condições Especiais das coberturas contratadas. Em caso de dúvida fundada, a Seguradora poderá solicitar nova documentação. Neste caso, a contagem do prazo para o pagamento da indenização será suspensa e continuará a correr a partir da entrega de toda a documentação solicitada.
 - 19.2.1. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.
 - 19.2.2. Quando não ocorrer o pagamento do prêmio até a data do seu vencimento, o Segurado ou o(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, estará(ão) sem direito de receber a indenização referente a qualquer garantia contratada, no caso de ocorrência de sinistro, conforme determina o Art. 763 do Código Civil, abaixo transcrito:

“Art. 763 – Não terá direito à indenização o Segurado que estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes de sua purgação”.
- 19.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 19.4. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.
- 19.5. Valor Indenizado: O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado, ou referente a um percentual em caso de indenização parcial, vigente na data do evento.
 - 19.5.1. O pagamento será feito através de cheque nominativo ou ordem de pagamento, pagável no domicílio ou praça indicada pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).
 - a) O pagamento poderá, ainda, ser efetuado através de crédito em conta corrente ou poupança do Segurado ou Beneficiário(s), conforme o caso, mediante solicitação escrita com os dados bancários necessários para o efetivo pagamento.
 - 19.5.2. Caso o pagamento não seja efetuado no prazo previsto no item 19.2, deverá ser observado o disposto na CLÁUSULA 20 - MORA.



19.6. Menores de Idade: A indenização por Invalidez Permanente de menores de idade será paga conforme segue:

19.6.1. Pessoas com idade entre quatorze e dezesseis anos: a indenização será paga em nome do menor Segurado, mediante representação de seus pais ou tutores; e,

19.6.2. Pessoas com idade entre dezesseis e dezoito anos, exclusive: a indenização será paga ao menor Segurado, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiver o pátrio poder) ou, finalmente, por seu tutor.

20. MORA

20.1. A mora da Seguradora constituir-se-á, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável, a partir do término do prazo previsto no item 19.2 para a regulação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, a partir do dia em que se tornar exigível.

20.1.1. Em caso da devolução de prêmio em decorrência do cancelamento do Seguro, considera-se como data de exigibilidade a data de solicitação do cancelamento ou, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora, a data do efetivo cancelamento.

20.2. Em caso de mora, a taxa de juros aplicável corresponderá a 12% a.a. (doze por cento ao ano), vedada a aplicação de taxa superior, sendo efetuada, ainda, a atualização do Capital Segurado pela variação positiva do IPCA/IBGE, considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

20.2.1. Na eventualidade de ser extinto o IPCA/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva do Índice Geral de Preços ao Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV), considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

21. FORO

21.1. O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será o do domicílio do Segurado.



CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. Desde contratada, esta cobertura cobre a morte do Segurado decorrente de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Ratificam-se todos os termos do item 6 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.
- 3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, a data do falecimento.
- 3.4. As indenizações por Morte e, se contratada, as coberturas de Invalidez Permanente por Acidente ou Invalidez Permanente Total por Acidente, não se acumulam.
 - 3.4.1. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do Capital Segurado por morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.
- 3.5. Com o recebimento da indenização pela cobertura de Morte, o seguro estará automaticamente cancelado.

4. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 4.1. Em complemento à **CLÁUSULA 19 - COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** das **Condições Gerais** deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, **em cópias autenticadas**, os seguintes documentos:
- 4.2. Documentos do Segurado sinistrado:
 - a) Carteira de identidade ou equivalente;
 - b) CPF (ou outro documento que indique seu número);
 - c) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
 - d) Certidão de Óbito;
 - e) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - f) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, em caso de acidente com veículo que



estivesse sendo dirigido pelo mesmo;

- g) Laudo de Necropsia, se houver; e
- h) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

4.3. Documentos de identificação de cada beneficiário:

- a) Carteira de identidade ou equivalente;
- b) CPF (ou outro documento que indique seu número);
- c) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
- d) Comprovante de união estável (em caso de companheiro beneficiário);
- e) Comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias); e
- f) Número de telefone para contato.

5. RATIFICAÇÃO

- 5.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.



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

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. Desde contratada, esta cobertura cobre a invalidez permanente do Segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão em virtude de lesão física causada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, tendo sido constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará a indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela seguinte, sendo que eventual grau de invalidez (percentagem relativa à perda ou redução da função de um membro ou órgão) já existente antes de acidente coberto será deduzido do grau de invalidez definitivo, apurado em consequência desse acidente coberto.

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre CS	Discriminação	% sobre CS
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 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 incurável	100
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver 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 do uso de um dos membros superiores	70	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Ancilose total de um dos ombros	25	Ancilose total de um dos cotovelos	25
	Ancilose total de um dos punhos	20	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	



Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre CS	Discriminação	% sobre CS
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 tibio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20	Fratura não consolidada de um pé	20
	Ancilose total de um dos joelhos	20	Ancilose total de um dos tornozelos	20
	Ancilose 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
	Encurtamento de um dos membros inferiores:		Perda total do uso de uma falange do 1º Dedo, indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	De 5 (cinco) centímetros ou mais	15		
	De 4 (quatro) centímetros ou mais	10		
	De 3 (três) centímetros	06		
	Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização			

- 1.3. Não ocorrendo a perda por completo das funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela acima para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%.
- 1.4. Nos casos não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
- 1.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital contratado. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à indenização prevista para sua perda total.
- 1.6. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 6 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na



Apólice de Seguro.

- 3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, a data do acidente.
- 3.4. As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente e, se contratadas, a cobertura de Morte, não se acumulam.
 - 3.4.1. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do Capital Segurado por morte, que engloba Morte, e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.
- 3.5. A reintegração do Capital Segurado referente a esta cobertura, no caso de invalidez parcial, é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.
- 3.6. Com o recebimento da indenização pela cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, a cobertura será cancelada.

4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

- 4.1. O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

5. JUNTA MÉDICA

- 5.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 5.2. A junta médica de que trata esta cláusula será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 5.3. 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.
- 5.4. 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.

6. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1. Em complemento à CLÁUSULA 19 – COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em cópias autenticadas, os seguintes documentos:
 - a) Documentos do Segurado: Carteira de identidade ou equivalente, CPF (ou outro documento que indique seu número) e comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
 - b) Relatório do médico responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM,



atestando as características e grau da invalidez;

- c) Radiografias e exames médicos recentes que comprovem a invalidez;
- d) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- e) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, em caso de acidente com veículo que estivesse sendo dirigido pelo mesmo; e
- f) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

7. RATIFICAÇÃO

- 7.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIH-A)

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma renda diária, em caso de sua hospitalização, em consequência de acidente, por um período superior à Franquia e após cumprir o período de Carência estipulada na Apólice, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.
- 1.2. Entende-se por Hospitalização a internação em um hospital por no mínimo 12 horas ou conforme definido na Apólice.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além das exclusões descritas na CLÁUSULA 6 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão excluídos da cobertura desta Garantia:
 - a) hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal – check-up, e investigação diagnóstica;
 - b) hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas à ela;
 - c) hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
 - d) cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade quando voluntários ou controle da natalidade e suas consequências;
 - e) cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidentes pessoal ocorrido na vigência do Seguro;
 - f) hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;
 - g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;
 - h) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

- 4.1. O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para essa cobertura.



5. FRANQUIA

- 5.1. Estabelecida para esta Garantia a aplicação de Franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais e na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro.
- 5.2. O período de Franquia será contado a partir da data de Hospitalização do Segurado, e considerará sempre dias consecutivos e ininterruptos.
- 5.3. O período de Franquia deverá ser de, no máximo, 15(quinze) dias, a contar da data do evento.

6. CARÊNCIA

- 6.1. Estabelecida para esta Garantia a aplicação de Carência, a mesma será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro.
- 6.2. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução caso tenha sido suspensa a Garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 6.3. Não haverá carência para os eventos decorrentes de acidente

7. OUTROS SEGUROS

- 7.1. Este seguro poderá ser contratado isoladamente ou de forma adicional a qualquer outra cobertura existente, mas nesta Seguradora a contratação está limitada a um único plano, sendo as contratações indevidas consideradas nulas. Na hipótese de um Segurado ser incluído em mais de uma Apólice nesta Seguradora, será considerado válido o seguro de maior valor entre as Apólices vigentes. Caso os valores sejam idênticos, será considerado válido o primeiro seguro efetivado. Os Prêmios correspondentes, se pagos, serão devolvidos atualizados pelo IPCA, ou qualquer outro índice que o substitua, ou ainda pelas bases determinadas pelos órgãos competentes, da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição.

8. INDENIZAÇÃO

- 8.1. O valor da indenização será calculado com base no número de dias de Hospitalização, subtraindo-se o número de dias de Franquia, multiplicado pelo valor da renda diária contratada.
- 8.2. Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas, comprovado por original e cópia da nota fiscal ou de qualquer outro documento legal comprobatório da hospitalização, emitido pela Instituição Hospitalar.
- 8.3. Com base na comunicação da internação e estando a mesma devidamente caracterizada nos termos destas Garantia e das Condições Gerais, a Seguradora efetuará o pagamento da indenização conforme abaixo:
 - 8.3.1. Quando a internação superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Seguradora, pagando as diárias devidas de cada 15 dias.
 - 8.3.2. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado estiver internado, a contar do período mínimo de 12 horas de internação, após o cumprimento da Franquia, ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidas no contrato.



- 8.3.3. Nos casos em que o período de internação não superar os 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor das diárias correspondentes até a alta médica.
- 8.3.4. As indenizações devidas por este seguro serão pagas no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da apresentação, por parte do Segurado, de todos os documentos necessários à comprovação ou elucidação do evento.

9. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1. Em complemento à CLÁUSULA 19 – COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em cópias autenticadas, os seguintes documentos:
- a) Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido;
 - b) Formulário de autorização de pagamento de indenização devidamente preenchido.
 - c) Documentos pessoais do (a) segurado (a) (R.G / CPF / Comprovante de residência e Telefone de contato);
 - d) Cópia do Prontuário Médico informando o período de internação (data de admissão e data da alta);
 - e) Cópias dos Laudos e Exames Médicos realizados;
 - f) Boletim de Ocorrência, em caso de acidente com intervenção policial;
 - g) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente automobilístico e sinistrado condutor do veículo;
 - h) Cópia do CAT – Comunicação de acidente de trabalho;
 - i) Cópia da Ficha de Registro de Empregado atualizada ou cópia da Ficha Associativa;
 - j) Cópia do Holerite do mês do sinistro ou cópia do Termo de Rescisão Contratual;
- 9.1.1. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 19.2. das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

10. COMPROVAÇÃO DO EVENTO HOSPITALIZAÇÃO

- 10.1. O evento Hospitalização poderá ser comprovado por Declaração Hospitalar Oficial contendo todas as informações necessárias.
- 10.2. Havendo dúvidas sobre o enquadramento da cobertura, estas poderão ser dirimidas por perícia médica efetuada por médico da Seguradora.
- 10.3. Havendo ainda divergências de natureza médica, 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.
- 10.3.1. 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.

10.3.2. 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.

10.4. A Seguradora terá o direito de solicitar resultado de exames complementares, relatórios médicos, prontuário hospitalar e realizar perícia médica no Segurado, para complementação dos dados referentes a análise do Sinistro. O Segurado autoriza expressamente seu médico assistente e os serviços de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidos no seu atendimento, a qualquer tempo, a fornecerem tais documentos ao departamento médico da Seguradora, que os manterá sob os preceitos éticos da profissão.

11. RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de reembolso ao Segurado, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, ocasionado por acidente pessoal coberto e iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente, incluindo as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares, incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado
- 1.2. Como tratamento, consideram-se a internação hospitalar a critério do médico-assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, medicamentos utilizados durante a internação hospitalar ou atendimento emergencial, sala de operação, anestesia, laboratório, pronto-socorro, assistência de enfermeiro(s) diplomado(s) e honorários médicos.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Estão excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos na Cláusula 6 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro.
- 2.2. Esta Cobertura também não cobre:
 - a) despesas com medicamentos, exceto aqueles utilizados durante a internação hospitalar ou atendimento emergencial;
 - b) procedimentos diagnósticos e tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, não reconhecidos pelas sociedades médico-científicas brasileiras;
 - c) despesas com redução funcional ou postural, tratamentos homeopáticos e quiropráticos, tratamentos em clínicas de repouso, acupuntura, massoterapia, massagens, podologia e medicina não convencional ou alternativa;
 - d) despesas com aquisição de óculos, lentes, cadeira de rodas, muletas, e similares;
 - e) estados de convalescença (após a alta médica) e de dietas especiais, bem como qualquer despesa de acompanhantes e;
 - f) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente.

3. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 3.1. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
 - 3.1.1. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.
- 3.2. A comprovação das despesas médico-hospitalares deverá ser feita mediante a apresentação



dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 4.1. Consiste no reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, ocasionado por acidente pessoal.
- 4.2. Em complemento à CLÁUSULA 19 – COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em cópias autenticadas, os seguintes documentos:
 - a) Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido;
 - b) Formulário de autorização de pagamento de indenização devidamente preenchido.
 - c) Documentos pessoais do (a) segurado (a) (R.G / CPF / Comprovante de residência e Telefone de contato);
 - d) Relatório detalhado do médico assistente atestando o atendimento;
 - e) Recibos originais do pagamento das despesas médicas e hospitalares;
 - f) Receitas médicas;
 - g) Cópia dos laudos de exames realizados e imagens, se houver;
 - h) Cópia da Certidão de Registro de Ocorrência Policial ou outro documento de autoridade competente do país, se houver;
 - i) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - j) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado.
- 4.2.1. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 19.2. das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.
- 4.3. A garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) será paga sob a forma de pagamento único, como reembolso das despesas do evento coberto.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do primeiro atendimento médico-hospitalar, para cada evento coberto durante o período de vigência do seguro.

6. RATIFICAÇÃO

- 6.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de Diárias por Incapacidade Temporária ao próprio Segurado que, por motivo de acidente pessoal coberto, venha a ficar afastado totalmente de qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, de forma contínua ou temporária, por um período superior a 15 (quinze) dias

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Ratificam-se todos os termos da **CLÁUSULA 6 - RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais deste seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado de cada Diária por Incapacidade Temporária causada por Acidente não poderá ser superior a 1/360 (um trezentos e sessenta avos) do maior capital estabelecido para a Cobertura de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.
- 3.2. Considera-se como data do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

4. FRANQUIA

- 4.1. Nesta cobertura, há uma franquia de 15 (quinze) dias ininterruptos, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do segurado, por determinação médica, durante os quais o segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento. Os pagamentos de diárias por afastamento profissional serão devidos a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento e ficam limitados ao máximo de 360 (trezentas e sessenta) diárias.

5. INDENIZAÇÃO

- 5.1. O valor da indenização será calculado com base no número de dias de afastamento, subtraindo-se o número de dias de Franquia, multiplicado pelo valor da renda diária contratada.
- 5.2. Com base na comunicação da afastamento e estando a mesma devidamente caracterizada nos termos destas Garantia e das Condições Gerais, a Seguradora efetuará o pagamento da indenização conforme abaixo:
 - 5.2.1. Quando a internação superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Seguradora, pagando as diárias devidas de cada 15 dias.
 - 5.2.2. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado estiver afastado, a contar após o cumprimento da Franquia, ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidas no contrato.



- 5.2.3. Nos casos em que o período de afastamento não superar os 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor das diárias correspondentes até a alta médica.
- 5.2.4. As indenizações devidas por este seguro serão pagas no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da apresentação, por parte do Segurado, de todos os documentos necessários à comprovação ou elucidação do evento.

6. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1. Em complemento à CLÁUSULA 19 – COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em cópias autenticadas, os seguintes documentos:
- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
 - b) Cópia de comprovante de residência.
 - c) Cópia de comprovante de vínculo empregatício.
 - d) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.
 - e) Cópia da carteira profissional.
 - f) Cópia do CPF e do RG.
 - g) Cópias do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente do trabalho (CAT).
 - h) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o Segurado estivesse dirigindo o veículo.
 - i) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram o afastamento (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.).
 - j) Original da autorização para crédito em conta.
 - k) Relatório do Médico Assistente devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, grau definitivo de invalidez e se encontra em tratamento.
- 6.1.1. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 19.2. das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

7. RATIFICAÇÃO

- 7.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – CLT (PRD)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garantir o pagamento de indenização no caso de perda de renda por desemprego involuntário do Segurado profissional com vínculo empregatício, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e Condições Contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Está coberta a perda involuntária de emprego decorrente da dispensa sem justa causa do Segurado com vínculo empregatício (carteira de trabalho assinada) conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do Trabalho), desde que o mesmo comprove um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto e com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta horas) semanais na data do sinistro e que receba pagamentos periódicos consecutivos, observados os períodos de carência e franquia desta cobertura e as demais condições contratuais.

2.2. Esta cobertura está limitada ao número de mensalidades seguradas e respectivos capitais e cessa no momento em que o Segurado obtiver novo vínculo empregatício.

2.3. Para fins desta cobertura entende-se desemprego involuntário a dispensa, por parte do empregador, desde que não motivada por justa causa.

2.4. Após um evento de desemprego indenizado, o segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à indenização de um segundo evento de desemprego.

2.5. Não se enquadram nesta cobertura os contratos de trabalho celebrados por estagiários, temporários, provisórios, admitidos por prazo determinado.

2.6. Não se enquadram nesta cobertura os contratos de trabalho celebrados por aposentados e pensionistas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS



3.1. Além das exclusões descritas na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) Demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
- b) Renúncia, perda voluntária do vínculo empregatício, demissões negociadas ou decorrentes de programas de desligamento voluntário;
- c) Campanhas de demissão em massa. Para fins deste seguro considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês;
- d) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
- e) Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;
- f) Perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extrajudicial do empregador;
- g) Término de contrato de trabalho por tempo determinado;
- h) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- i) Abandono de emprego;
- j) Perda de um vínculo empregatício, quando houver mais do que um no mesmo período;
- k) Quando não houver registro formal de vínculo empregatício, comprovado junto ao empregador;
- l) Demissões ocorridas durante o período de carência, estabelecido no Contrato de Seguro;
- m) Falência do empregador;
- n) Alistamento no serviço militar;
- o) Cargos de eleição pública, incluindo-se aqueles de nomeação em Diário Oficial, ou não regidos pela CLT;

4. CARÊNCIA

4.1. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até metade do prazo de vigência da apólice e será contado a partir do início de vigência individual para cada segurado.

4.2. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

4.3. As demissões ocorridas dentro do período de carência não estarão cobertas.



5. FRANQUIA

5.1. Poderá ser estabelecida franquia máxima de 30 (trinta) dias para esta cobertura, a partir da data de demissão.

5.2. A cobertura só será devida a partir do primeiro dia após o período de franquia, desde que o sinistro não tenha ocorrido no período de carência.

6. CAPITAL SEGUADO

6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada no caso de sinistro coberto, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

6.2. A indenização está limitada ao número de mensalidades consecutivas cobertas por evento e será suspensa no momento em que o Segurado obtiver novo vínculo empregatício, desqualificando a situação de sinistro coberto.

6.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data da dispensa (último dia trabalhado) sem justa causa que deu origem ao sinistro. Em caso de aviso prévio trabalhado, a data do evento será o último dia de trabalho.

6.4. O capital segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado, e caso após o pagamento de indenização de sinistro ocorrer o esgotamento do capital segurado, a cobertura estará cancelada.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO

7.1. Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

8. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópia simples do RG ou CNH do segurado;
- c) Cópia simples do CPF ou CNH do segurado;
- d) Cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado;



- e) Cópia simples da página da identificação visual (foto) da carteira de trabalho;
- f) Cópia simples da página da qualificação civil da carteira de trabalho;
- g) Cópia simples do termo de rescisão de contrato devidamente homologado, com discriminação das verbas rescisórias
- h) Cópia simples da comunicação de dispensa.

8.2. Cópia autenticada atualizada após 30 dias da data da demissão e a cada pagamento de parcela, das seguintes páginas da carteira de trabalho:

- a) página do último registro do contrato de trabalho (admissão e demissão);
- b) página posterior ao contrato de trabalho, mesmo que em branco.

8.3. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou segurado outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento, pela Seguradora, destes documentos e informação ou esclarecimentos complementares.

8.4. O Segurado, desde já, autoriza a Seguradora a obter as informações e documentos que julgar necessários à elucidação de qualquer assunto que se relacione com o presente Seguro, tais como dados sobre estado de saúde, evolução de lesões ou doenças, dispensando expressamente os médicos e profissionais da saúde, clínicas e hospitais de qualquer dever de sigilo profissional no tocante a informações a seu respeito, frente à Seguradora, exclusivamente.

9. BENEFICIÁRIO

9.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA - PROFISSIONAL LIBERAL / AUTÔNOMO (PRI)

1. OBJETIVO

1.1. Garantir o pagamento de indenização ao Segurado profissional liberal ou autônomo, no caso de perda de renda por incapacidade física total e temporária do mesmo, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e Condições Contratuais do seguro.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Está coberta a incapacidade física total e temporária, involuntária e comprovada do Segurado, que cause o afastamento do mesmo das suas atividades profissionais, por motivo de acidente pessoal ou doença coberta, observados os períodos de carência e franquia desta cobertura e as demais condições contratuais.

2.2. Entende-se como incapacidade física total e temporária a impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

2.3. Esta cobertura está limitada ao número de diárias ou parcelas e respectivos capitais segurados contratados por evento e cessa no momento em que o Segurado obtiver alta médica.

2.4. Terá direito a esta cobertura exclusivamente o Segurado profissional liberal ou autônomo em atividade profissional regulamentada e que possua comprovação de renda.

2.5. Para fins desta cobertura, entende-se por profissional liberal ou autônomo o Segurado que comprove através de documentos a condição de autônomo e/ou profissional liberal, demonstrando a última Declaração de Imposto de Renda ou Registro de autônomo do INSS (NIT) + carnê GFIP quando solicitado.

2.6. A indenização por incapacidade física será devida a partir do 16º dia, inclusive da caracterização da incapacidade, comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para avaliação do



nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

2.7. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

2.8. Caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido seja por acidente, seja por doença, ficará automaticamente extinta a presente cobertura.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula 4. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- b) Gravidez, parto ou aborto, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- c) Doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração deste Contrato de Seguro, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;
- d) Hospitalização para "check-up";
- e) Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- f) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- g) Cirurgia plásticas e suas consequências salvo as restauradoras decorrentes de acidente ocorrido na vigência do Seguro e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;
- h) Cirurgia para correção de miopia;
- i) Tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- j) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de estética médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;



k) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;

l) Lesões de esforço repetitivo – L.E.R. (tendinites, sinovites, tenossinovites, artrites, dor miofascial, cerviobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados a DORT);

m) Anomalias congênitas com manifestações em qualquer época;

n) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;

o) Luxações recidiva de qualquer articulação;

p) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

q) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

r) Anomalias congênitas, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

s) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;

t) Afastamento para realização de exames médicos de retina (check-up) ou de investigação diagnóstica;

u) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

v) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos de consequências ou decorrentes deles;

w) Síndrome do Pânico;

x) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais, incluídos os distúrbios do sono;

y) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os consequentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;

z) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;

aa) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;



bb) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;

cc) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

dd) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;

ee) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementar; Exames pré-operatórios; Gestação e suas complicações, o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal nesse caso, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo Cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionados com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;

ff) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto.

3.2. Caso o Segurado esteja afastado e sua Incapacidade Temporária evoluir para uma Invalidez Permanente, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às Diárias cobertas por este Seguro.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até metade do prazo de vigência da apólice e será contado a partir do início de vigência individual para cada segurado.

4.2. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

4.3. Não se aplica a carência para incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto.

5. FRANQUIA

5.1. Poderá ser estabelecida franquia máxima de 15 (quinze) dias para esta cobertura, a partir da data da incapacidade atestada pelo médico assistente do Segurado.



5.2. O Segurado só terá direito à cobertura e respectiva indenização a partir do primeiro dia após o período de franquia, desde que o sinistro não tenha ocorrido no período de carência.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada no caso de sinistro coberto, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

6.2. A indenização está limitada ao número de diárias ou parcelas consecutivas cobertas por evento e será suspensa no momento em que o Segurado receber alta médica, desqualificando a situação de sinistro coberto.

6.3. O pagamento da indenização será realizado mensalmente, enquanto permanecer a incapacidade física total e temporária do Segurado, limitado ao número de diárias ou parcelas cobertas.

6.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente pessoal ou do diagnóstico da doença que provocou a incapacidade física total e temporária do Segurado.

6.5. O capital segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado, e caso após o pagamento de indenização de sinistro ocorrer o esgotamento do capital segurado, a cobertura estará cancelada.

6.6. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.

6.7. Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo segurado, a seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Conforme item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Cópia simples do CPF e ou CNH do segurado;



- c) Cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado;
- d) Cópia simples da CNH (carteira nacional de habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Cópia simples do boletim de ocorrência policial, quando realizado;
- f) Cópia simples do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- g) Relatório médico comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- h) Exames que comprovem a incapacidade física total e temporária;
- i) Todos os originais dos exames complementares realizados, com os respectivos laudos médicos;
- j) Tratando-se de acidente de trabalho, formulário de comprovação de Acidente de Trabalho – CAT (cópia simples);
- k) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);
- l) Documentos comprobatórios da condição de autônomo e/ou profissional liberal – cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou cópia do registro de autônomo no INSS (NIT) + carnê GFIP (últimos 06 recolhimentos anteriores a data do sinistro);
- m) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período da incapacidade.

8. JUNTA MÉDICA

8.1. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.

8.2. Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.

8.3. Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados.



8.4. Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

8.5. 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.

9. BENEFICIÁRIO

9.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.