

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO MODULAR DE ACIDENTES PESSOAIS

Ramo – 1381

AIG Seguros Brasil S.A.

Processo SUSEP nº: 15414.900601/2015-14

Sumário

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES.....	3
2. APRESENTAÇÃO.....	3
3. ESTRUTURA DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO.....	4
4. GLOSSÁRIO.....	4
5. OBJETIVO DO SEGURO.....	9
6. RISCOS COBERTOS.....	9
7. GARANTIAS DO SEGURO.....	9
8. RISCOS EXCLUÍDOS:.....	11
9. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	13
10. CARÊNCIA.....	14
11. FRANQUIA.....	15
12. CONTRATAÇÃO.....	15
13. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	16
14. VIGÊNCIA.....	17
15. RENOVAÇÃO.....	17
16. CAPITAL SEGURADO.....	18
17. ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO.....	18
18. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO.....	19
19. PAGAMENTO DE PRÊMIO.....	19
20. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	21
21. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO.....	22
22. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	23
23. JUNTA MÉDICA.....	25
24. PERÍCIA DA SEGURADORA.....	26
25. PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS.....	26
26. PERDA DE DIREITOS.....	27
27. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA.....	28
28. ALTERAÇÃO DA APÓLICE.....	29
29. COMUNICAÇÕES.....	30
30. PRESCRIÇÃO.....	30
31. OUVIDORIA.....	30
32. FORO.....	30

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.
- 1.2. O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 1.3. 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.
- 1.4. As condições gerais e especiais deste produto protocolizadas pela sociedade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante na apólice de seguro.
- 1.5. Este seguro não prevê a devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou beneficiário.

2. APRESENTAÇÃO

- 2.1. Apresentamos a seguir as Condições Gerais do Seguro de Acidentes Pessoais Individual, que estabelecem as normas de funcionamento das garantias contratadas.
- 2.2. Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas somente as condições correspondentes às garantias aqui previstas, contratadas e discriminadas na apólice de seguro, desprezando-se quaisquer outras.
- 2.3. Para os casos não previstos nestas condições, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

3. ESTRUTURA DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO

As condições contratuais deste seguro apresentam-se em duas partes assim determinadas: **Condições Gerais e Condições Especiais.**

- 3.1. Condições Gerais são as cláusulas comuns a todas as garantias e/ou modalidades desta apólice de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos do segurado, da seguradora e dos beneficiários.
- 3.2. Condições Especiais são as cláusulas relativas às garantias deste plano de seguro, onde são descritos os riscos cobertos e os riscos não cobertos em cada garantia.
- 3.3. Condições Contratuais é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais e da Apólice de Seguro.

4. GLOSSÁRIO

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nesta apólice, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.

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

a) incluem-se nesse conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se do conceito de ACIDENTE PESSOAL:

b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares 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

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal;

- 4.2. APÓLICE:** documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente.
- 4.3. AUTÔNOMO:** É todo aquele que exerce sua atividade profissional sem vínculo empregatício e por conta própria e com assunção de seus próprios riscos
- 4.4. AVISO PRÉVIO:** Para fins deste seguro, é a comunicação da data de rescisão do contrato de trabalho feita pelo empregador ao empregado. Não será considerado como Aviso Prévio, a comunicação da data de rescisão do contrato de trabalho feita pelo empregado. **A cópia do aviso prévio será exigida para fins de avaliação de sinistros.**
- 4.5. BENEFICIÁRIO:** é a pessoa física ou jurídica designada para receber o valor da indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- 4.6. CAPITAL SEGURADO:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, no caso de ocorrência de sinistro.

- 4.7. CARÊNCIA:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 4.8. DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA:** é o valor contratado pelo segurado e definido no apólice de seguros individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada de incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto.
- 4.9. DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** é o valor escolhido pelo segurado e definido no apólice de seguros individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.
- 4.10. DOENÇA:** Distúrbio das funções de um órgão ou do organismo como um todo, que está associado a sinais ou sintomas específicos que impeçam o segurado de realizar a sua ocupação profissional e para o qual o segurado esteja recebendo tratamento médico.
- 4.11. DOENÇA CRÔNICA:** Doença caracterizada pela sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo de forma satisfatória aos procedimentos terapêuticos;
- 4.12. DOENÇA PREEXISTENTE:** é a doença de conhecimento do segurado e não declarada na Proposta de Contratação.
- 4.13. DOLO:** é um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.
- 4.14. EMPREGADO EM TEMPO INTEGRAL:** É o trabalhador com contrato de trabalho regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho – que tenha jornada mínima semanal de 30 horas.
- 4.15. EVENTO COBERTO:** é o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nas Condições Contratuais.
- 4.16. EVENTO PRAZO CURTO:** é o evento determinado na Apólice de Seguro, por prazo curto e determinado, com local definido e para o qual a cobertura do seguro é contratada.
- 4.17. FRANQUIA:** é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.

- 4.18. FRANQUIA DEDUTÍVEL:** é o valor ou percentual que representa a participação obrigatória do segurado nas indenizações em cada sinistro.
- 4.19. GARANTIAS:** são as obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas condições gerais.
- 4.20. HOSPITAL:** é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes.
- 4.20.1. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora.**
- 4.21. INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA:** é incapacidade caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.
- 4.22. INCAPACIDADE TEMPORÁRIA:** é o afastamento do segurado de suas atividades por incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto, e comprovada por determinação médica.
- 4.23. INDENIZAÇÃO:** é o valor a ser pago pela seguradora ao segurado, ou a seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.
- 4.24. INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** é a internação em Hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.
- 4.25. MÉDICO:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. O médico assistente, para efeito de comprovação da cobertura do sinistro **não poderá ser o próprio segurado, cônjuge, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o segurado;**
- 4.26. OCUPANTE DE UM VEÍCULO:** é o segurado que estiver dentro, entrando ou saindo de um veículo particular.
- 4.27. PASSAGEIRO:** é o segurado que estiver dentro, entrando ou saindo de um transporte coletivo.
- 4.28. PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO:** É a rescisão do contrato de trabalho do segurado, mutuário, titular do cartão ou cliente por tempo indeterminado, regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, de

forma unilateral pelo empregador, que não tenha sido motivada pelo segurado, que não decorra de justa causa e que tenha por consequência a cessação do pagamento do seu salário pelo seu empregador ou por qualquer outro motivo que não os mencionados nas exclusões da apólice.

- 4.29. PERDA DE RENDA:** Quando o segurado, em decorrência de incapacidade física total e temporária, passa a não receber qualquer forma de renda oriunda de sua atividade profissional.
- 4.30. PRÊMIO:** é o valor pago à seguradora para que esta assuma os riscos cobertos pelo seguro.
- 4.31. PROFISSIONAL LIBERAL:** aquele que exerce com independência ou autonomia profissão ligada à aplicação de seus conhecimentos técnicos e para a qual possua diploma legal que o autorize ao exercício da respectiva atividade, sendo para efeito deste seguro o profissional liberal que trabalha por conta própria, recolhendo os impostos devidos.
- 4.32. PROPONENTE:** Pessoa, física ou jurídica, que pretende fazer o seguro, preenchendo e assinando uma proposta.
- 4.33. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 4.34. ROUBO:** é a subtração de coisa móvel alheia, mediante violência, grave ameaça, ou qualquer outro meio que anule a capacidade de resistência do segurado.
- 4.35. SEGURADO DEPENDENTE:** é o cônjuge, companheiro(a), filho, enteado ou menor considerado dependente do Segurado Principal, devidamente comprovado na forma da Lei, aceito e incluído na apólice de seguro.
- 4.36. SEGURADO OUSEGURADO PRINCIPAL:** é o proponente efetivamente aceito pela seguradora, cujo seguro esteja em vigor, responsável pelas declarações constantes da Proposta de Contratação do seguro.
- 4.37. SINISTRO:** é a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência da apólice.
- 4.38. TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO:** é o transporte em qualquer aeronave, ônibus, trem, navio, metrô ou qualquer outro tipo de transporte público, mediante pagamento de passagens, sendo este transporte fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas. Não se enquadram neste item, os serviços públicos de transporte de passageiros através de lotação por meio de “peruas” ou semelhantes, na modalidade “lotação”, além de táxi e moto-táxi.

4.39. UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Terapia Intensiva): é a unidade complexa de um hospital dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.

4.40. VEÍCULO PARTICULAR: é o automóvel de passeio, de uso particular do segurado, de quatro ou mais rodas e de categoria particular. Não se encaixam neste item os veículos alugados, de autoescola, táxis e de competições.

4.41. VIGÊNCIA: é o período pelo qual está contratado o seguro.

5. OBJETIVO DO SEGURO

5.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ou reembolso ao próprio segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **exceto se decorrentes de riscos ou eventos excluídos**, desde que respeitadas às condições contratuais.

6. RISCOS COBERTOS

6.1. Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles definidos nas condições especiais que fazem parte integrante e inseparável desta apólice de seguro.

7. GARANTIAS DO SEGURO

As garantias deste seguro dividem-se em Garantias Básicas e Garantias Adicionais, e são descritas nas respectivas Condições Especiais. As garantias contratadas estarão definidas na Proposta de Contratação e Apólice de Seguro.

É obrigatória a contratação de pelo menos uma das garantias básicas, listadas na cláusula 7.1 abaixo:

7.1. Garantias Básicas:

- Morte Acidental – **MA**
- Morte Acidental em Evento Prazo Curto – **MAEPC**
- Morte Acidental decorrente de Roubo – **MAR**
- Morte Acidental ocorrida em Transporte Público Autorizado – **MATPU**
- Morte Acidental Diferenciada ocorrida em Veículo Particular ou Pedestre – **MAD**
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – **IPA**
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto – **IPAEP**

- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de Roubo- **IPAR**
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Público Autorizado – **IPATPU**
- Invalidez Permanente Total ou Parcial Diferenciada por Acidente ocorrido em veículo particular ou pedestre – **IPAD**

7.2. Garantias Adicionais:

- Morte Acidental em Atividade Laborativa Regular – **MAL**
- Morte Acidental por Vítima de Crime – **MACR**
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Atividade Laborativa Regular – **IPALAB**
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por vítima de Crime – **IPACR**
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente – **DMHO**
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente em Evento Prazo Curto – **DMHOEPC**
- Diária por Internação Hospitalar por Acidente – **DIHA**
- Diária por Internação Hospitalar em UTI por Acidente – **DIHUA**
- Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – **DIHAD**
- Diária por Internação Hospitalar em UTI por Acidente ou Doença – **DIHUAD**
- Diária por Internação Hospitalar por Roubo – **DIHR**
- Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – **DIT**
- Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença – **DITAD**
- Invalidez Permanente Total por Acidente – **IPTA**
- Doenças Graves – **DG**
- Doença Congênita de Filhos – **DC**
- Auxílio Funeral por Morte Acidental – **AF**
- Queimaduras Graves – **QG**
- Fratura de Ossos – **FO**
- Perda de Visão por Acidente – **PVA**
- Perda de Visão por Doença – **PVD**
- Prótese Ocular – **PO**

7.3. Cláusulas Suplementares:

- Inclusão Facultativa de Cônjuges – **IFC**
- Inclusão Facultativa de Filhos – **IFF**

7.4. Condições para contratação das garantias:

- a) As garantias são livremente escolhidas pelo Segurado, observados os limites estabelecidos para a contratação;
- b) A garantia **AF** somente poderá ser contratada se for contratada a garantia **MA** e/ou **MAEPC** e/ou **MAR**;
- c) A garantia **MAD** somente poderá ser contratada se for contratada a garantia **MATPU**;
- d) A garantia **IPAD** somente poderá ser contratada se for contratada a garantia **IPATPU**;
- e) A garantia **PO** (Prótese Ocular) somente poderá ser contratada se for contratada a garantia **PVA** (Perda de Visão por Acidente) e/ou **PVD** (Perda de Visão por Doença)”;

- f) As garantias **DMHO** e **DMHOEPC** são excludentes, ou seja, apenas uma delas poderá ser contratada em um mesmo seguro;
- g) As garantias **DIHA**, **DIHUA**, **DIHAD**, **DIHUAD** e **DIHR** são excludentes, ou seja, apenas uma delas poderá ser contratada em um mesmo seguro, exceto a contratação simultânea de **DIHA** e **DIHUA** ou de **DIHAD** e **DIHUAD**;
- h) As garantias **DIT** e **DITAD** são excludentes, ou seja, apenas uma delas poderá ser contratada em um mesmo seguro;
- i) Quando contratadas simultaneamente, as indenizações referentes às garantias de morte acidental se acumulam. O mesmo ocorrerá com as indenizações referentes às garantias de invalidez permanente por acidente e de diárias por internação hospitalar.
- j) **Em nenhuma hipótese as cláusulas suplementares do item 7.3 poderão ser contratadas isoladamente;**

8. RISCOS EXCLUÍDOS:

8.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO SEGURO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doença preexistente de conhecimento do segurado e não declarada na Proposta de Contratação, que contribua direta ou indiretamente na caracterização de um evento previsto nestas Condições Gerais;
- d) suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial da apólice ou de sua recondução depois de suspenso;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
- f) atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, em caso de seguro contratado por pessoa jurídica;
- g) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento, exceto por absorção de substâncias tóxicas ou por escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;

- h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se 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;**
- i) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- j) perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a 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, não obstante o que em contrário possam dispor as condições contratuais do presente seguro;**
- k) acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência;**
- l) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;**
- m) perda de dentes e danos estéticos;**
- n) tratamento dental ou ortodôntico de qualquer espécie, exceto quando decorrente de acidente pessoal coberto;**
- o) internações para realização de exames e/ou diagnóstico, ou para avaliação do estado de saúde (check-up);**
- p) cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- q) tratamento para a obesidade em suas várias formas, incluindo gastroplastia;**
- r) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- s) procedimentos e / ou tratamentos de esterilidade, clínico ou cirúrgico, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e de mudança de sexo e suas consequências, incluindo períodos de convalescença a eles relacionados;**
- t) tratamentos para a senilidade, geriatria, rejuvenescimento, descanso, recuperação e suas consequências;**

- u) acidente causado pelo Segurado, cônjuge, parentes ou funcionários na condução, sem habilitação, de veículos automotores, barcos ou aeronaves.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

9.1. GARANTIAS ÂMBITO GEOGRÁFICO DE CADA COBERTURA:

GARANTIAS	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA
<p>Morte Acidental – MA Morte Acidental Diferenciada ocorrida em Veículo Particular ou Pedestre – MAD Morte Acidental por Vítima de Crime – MACR Morte Acidental decorrente de Roubo – MAR Morte Acidental ocorrido em Transporte Público Autorizado – MATPU</p>	<p>A cobertura é válida em todo o globo terrestre.</p>
<p>Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Atividade Laborativa Regular – IPALAB Doenças Graves – DG Doença Congênita de Filhos – DC Perda de Visão por Acidente – PVA Perda de Visão por Doença – PVD Queimaduras Graves – QG Prótese Ocular – PO Morte Acidental em Atividade Laborativa Regular – MAL</p>	<p>O segurado deverá exercer suas atividades laborativas em território brasileiro e a cobertura se dará durante as 24 horas do dia.</p>
<p>Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA Invalidez Permanente Total ou Parcial Diferenciada por Acidente ocorrido em Veículo Particular ou Pedestre – IPAD Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – DIT Fratura de Ossos – FO Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença – DITAD Invalidez Permanente Total ou Parcial por vítima de Crime – IPACR Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Público Autorizado – IPATPU</p>	<p>A cobertura é válida somente para o diagnóstico da invalidez e da incapacidade realizado em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.</p>
<p>Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente – DMHO Auxílio Funeral por Morte Acidental – AF</p>	<p>A cobertura é válida somente para as despesas ocorridas em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.</p>

<p>Diária por Internação Hospitalar por Acidente – DIHA Diária por Internação Hospitalar em UTI por Acidente – DIHUA Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIHAD Diária por Internação Hospitalar em UTI por acidente ou doença – DIHUAD</p>	<p>A cobertura é válida somente para a internação em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.</p>
<p>Morte Acidental em Evento Prazo Curto – MAEPC Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto - IPAEP Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente em Evento Prazo Curto – DMHOEPC</p>	<p>A cobertura é válida somente se o acidente causador do evento coberto ocorrer dentro do local do Evento Prazo Curto, em território brasileiro.</p>
<p>Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de Roubo- IPAR Diária por Internação Hospitalar por Roubo – DIHR</p>	<p>A cobertura é válida para o diagnóstico da invalidez ou a internação hospitalar efetuado em território brasileiro, porém o roubo ou a tentativa de roubo causador do evento coberto poderá ocorrer em todo o globo terrestre.</p>

10. CARÊNCIA

- 10.1. Para sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá prazo de carência.
- 10.2. Para a garantia Doença Congênita de Filhos haverá um período de carência de 90 (noventa) dias, contados a partir da data de início de vigência do seguro, respeitado o limite máximo correspondente à metade do prazo de vigência do seguro. Durante o período de carência qualquer evento não terá cobertura.
- 10.3. Os eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa estarão sujeitos a um período de carência de 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso.
- 10.4. Na renovação do seguro, se o segurado não apresentou sinistro e já cumpriu o período de carência, ele não está sujeito a um novo período de carência.
- 10.5. Se o segurado não pagar o prêmio por mais de 3 (três) meses consecutivos, o seguro será automaticamente cancelado e não vai ser reativado. Se o segurado estiver interessado em contratar a cobertura novamente, ele será considerado um novo proponente, sem qualquer relação com a cobertura anterior, e um novo período de carência será aplicável.

11. FRANQUIA

- 11.1.** A franquia para as garantias envolvendo diárias por internação hospitalar (**DIHA, DIHUA, DIHAD, DIHUAD e DIHR**) será de 2 (dois) dias, a contar da data do evento.
- 11.2.** Para as garantias envolvendo diárias por incapacidade temporária (**DIT e DITAD**) haverá um período de franquia de 15 (quinze) dias a contar da data de caracterização do evento.
- 11.3. Não será estabelecida franquia para as demais garantias.**

12. CONTRATAÇÃO

- 12.1.** A apólice será emitida com base nas declarações prestadas na Proposta de Contratação. As declarações determinam a aceitação do risco pela seguradora, os valores dos capitais segurados e o prêmio correspondente.
- 12.2.** Poderão contratar o seguro os proponentes e seus respectivos dependentes que se encontrem em perfeitas condições de saúde e plena atividade física na data de início de vigência do seguro.
- 12.2.1.** No caso de contratação de seguro para menores de 14 anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação das coberturas na forma de reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou segurado dependente.
- 12.2.2.** Os proponentes com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos deverão ser representados pelos pais ou responsáveis, e os maiores de 16 (dezesesseis) anos, inclusive, e menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos por eles.
- 12.3.** No ato da contratação a seguradora fornecerá ao proponente o protocolo que identifica a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 12.4.** As Condições Contratuais do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva Proposta de Contratação, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros, assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das Condições Contratuais.
- 12.5.** A assinatura da proposta caracteriza a ciência, aceitação e concordância, pelo segurado, das condições deste seguro.

13. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 13.1. A seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias corridos para aceitar ou recusar o risco, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, seja para seguros novos ou para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos ou ainda para as renovações.
- 13.2. Caso a seguradora solicite documentos complementares para análise do risco, o que poderá ser feito apenas uma vez, este prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil após a data em que se der a entrega desses documentos.
- 13.3. A ausência de comunicação da seguradora, por escrito, no prazo previsto no item 13.1, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 13.4. Caso o seguro venha a ser recusado, dentro do prazo estipulado, a seguradora enviará uma correspondência ao segurado ou ao seu corretor, especificando os motivos da recusa.
- 13.5. Na hipótese em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos sujeitam-se a atualização monetária pela variação positiva do Índice de Preço ao Consumidor Ampliado (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir da formalização da recusa até a data efetiva da restituição pela seguradora, devendo ser 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. O proponente terá cobertura do seguro no período compreendido entre a data do pagamento adiantado do prêmio e a data formal da recusa.
- 13.6. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o **Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE)** ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.
- 13.7. A aceitação do risco implicará na emissão, pela seguradora, da Apólice de Seguro, o qual será entregue ao segurado contendo, entre as informações mínimas previstas nas normas, as datas de início e término de vigência do seguro, o capital segurado e o prêmio de cada garantia contratada e o prêmio total.
- 13.8. Caso seja contratada cobertura para segurados dependentes, com a Inclusão Facultativa de Cônjuges e/ou a Inclusão Facultativa de Filhos, a apólice será entregue ao segurado principal contendo, entre as informações mínimas previstas nas normas, as datas de início e término de vigência do seguro, o capital segurado e o prêmio de cada cobertura e o prêmio total.

14. VIGÊNCIA

- 14.1.** O início da vigência do seguro será às 24 (vinte e quatro) horas da data da aceitação da Proposta de Contratação, quando não houver pagamento de prêmio. Nos casos em que houver a antecipação parcial ou total do prêmio, o início da vigência será às 24 (vinte e quatro) horas da data da recepção da proposta pela seguradora.
- 14.2.** O término de vigência do seguro ocorrerá às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim indicada na Apólice de Seguro.
- 14.3.** Assim, respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura cessa automaticamente no final do prazo de vigência apólice, se esta não for renovada.
- 14.4.** **Especificamente para as coberturas de Morte Acidental em Evento Prazo Curto, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas em Evento Prazo Curto, se contratadas, o início e o término da vigência destas coberturas poderão ser diferentes, desde que compreendidos pelas datas previstas para a apólice, e serão os indicados na Proposta de Contratação e na Apólice de Seguro.**

15. RENOVAÇÃO

- 15.1.** A apólice é emitida pelo prazo determinado na Proposta de Contratação e **poderá ser renovada automaticamente, por igual período, uma única vez, caso não haja expressa desistência do Segurado ou da seguradora até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência.** As renovações posteriores ocorrerão somente mediante expressa solicitação do segurado.
- 15.1.1.** Não haverá renovação automática para as coberturas de Morte Acidental em Evento Prazo Curto, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas em Evento Prazo Curto.
- 15.2.** No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, a cobertura cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.
- 15.3.** Na renovação será emitida pela seguradora uma nova Apólice de Seguro, contendo, entre as informações mínimas previstas nas normas, as datas de início e término de vigência do seguro, o capital segurado e o prêmio de cada garantia contratada e o prêmio total.

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

16. CAPITAL SEGURADO

16.1. O capital segurado contratado para cada garantia constará na Apólice de Seguro e é o valor que corresponde à importância máxima vigente na data do evento a ser paga ou reembolsada pela seguradora, na ocorrência de evento coberto, e será expresso em moeda corrente nacional.

17. ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

17.1. Os valores de capitais segurados e prêmios, mencionados nas condições contratuais e referentes às garantias contratadas pelo segurado, serão atualizados anualmente, independente da periodicidade de pagamento do seguro, com base na variação acumulada do índice IPCA/IBGE ocorrida entre o 14º e o 2º mês anterior ao mês do reajuste.

17.2. Quando a forma de pagamento do prêmio for parcela única ou de periodicidade anual, os capitais segurados serão atualizados pelo IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

17.3. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o **Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE)** ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

17.4. Os valores de capitais segurados e prêmios referentes às contratações com vigência igual ou inferior a um ano não serão atualizados.

18. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

18.1. Além da atualização monetária prevista no item 17, o valor prêmio será aumentado, ainda, em razão do reenquadramento do seguro à idade atingida pelo Segurado nas renovações em cada garantia em que as taxas sejam estabelecidas de acordo com a faixa etária, conforme tabela a seguir.

Idade na renovação (anos completos)	% de aumento em cada garantia contratada				
	DIHA e DIHR	DIHUA	DIHAD e DIHUAD	DG	PVD
15	0%	0%	0%	0%	6%
30	52,5%	52,5%	30,8%	71,7%	8,2%
35	-1,4%	-1,4%	8,0%	47,0%	0%
40	-2,7%	-2,7%	7,4%	50,8%	0%
45	5,6%	5,6%	18,6%	43,5%	0%
50	4,4%	4,4%	17,6%	28,0%	0%
55	6,8%	6,7%	17,3%	36,5%	0%
60	11,5%	11,5%	20,5%	43,4%	37,5%
65	11,7%	11,7%	20,8%	33,2%	0%

19. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 19.1.** Para garantir seu direito à cobertura, o Segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio do seguro até a data de vencimento.
- 19.2.** O prêmio do seguro poderá ser pago em parcela única, no caso de vigências inferiores à um ano, de forma mensal ou anual durante o período de vigência da apólice. A forma e a periodicidade de cobrança deste seguro serão estabelecidas na Proposta de Contratação.
- 19.3.** Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o Segurado poderá efetuar o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias.
- 19.4.** Se um eventual sinistro ocorrer dentro do prazo para pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

- 19.5.** O não pagamento do prêmio no caso de parcela única ou anual, ou o não pagamento da primeira parcela mensal, na data prevista no documento de cobrança, implicará o cancelamento automático do seguro independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.
- 19.6.** A partir da segunda parcela mensal de prêmio, decorrido o prazo de pagamento sem que tenha sido quitado o respectivo débito ou documento de cobrança, a garantia do seguro será automaticamente suspensa pelo período de atraso, até um período máximo de 60 (sessenta) dias, sendo cancelado o prêmio correspondente ao período da suspensão. Se ocorrer um sinistro, o Segurado e/ou Beneficiários ficarão sem direito a receber indenização por quaisquer das garantias contratadas.
- 19.6.1.** Findo o prazo de suspensão sem que seja retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do seguro.
- 19.6.2.** A reabilitação do seguro se dará a partir das 24h00 (vinte e quatro horas) da data em que o Segurado retomar o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.
- 19.6.3.** Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos, atualizados segundo a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando o período, pro rata temporis, em que vigorou a cobertura.
- 19.7.** 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.
- 19.8.** Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o **Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE)** ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.
- 19.9.** De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial da apólice, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.
- 19.10.** Para as apólices que contenham as garantias de **Perda Involuntária de Emprego** ou **Perda de Renda por Incapacidade Total e Temporária por acidente**, **haverá revisão de prêmio anual, onde os novos prêmios mensais poderão sofrer alterações.** Estas eventuais alterações nos

prêmios mensais, oriundas de revisão, serão comunicadas ao segurado no momento da renovação do seguro.

- 19.11.** No evento em que um sinistro ocorrido seja submetido para análise e seja efetivamente indenizado, o prêmio não será mais cobrado, e o seguro e todos os seus efeitos de cobertura estarão encerrados.
- 19.12.** Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.
- 19.13.** Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar, não podendo haver estipulação expressa.

20. CANCELAMENTO DO SEGURO

- 20.1.** A apólice poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante acordo entre a seguradora e o Segurado, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago.
- 20.2.** Neste caso a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “pro-rata-temporis”.
- 20.3.** O prêmio a ser devolvido será corrigido pelo índice IPCA/IBGE, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa do segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.
- 20.4.** Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.
- 20.5.** Na falta de pagamento do prêmio, conforme o item 19.5 destas condições gerais, a apólice será cancelada automaticamente pela seguradora.
- 20.6.** As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência do seguro, pela Seguradora, sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

20.7. A cobertura termina automaticamente:

- a) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;
- b) Em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Gerais;
- c) Por falta de pagamento do prêmio, conforme o itens 19.5 e 19.6 destas Condições Gerais;
- d) Com a exclusão do segurado da apólice pelo pagamento da indenização por Morte;
- e) Com a exclusão do segurado da apólice pelo pagamento da indenização por Invalidez Permanente Total;
- f) Quando for indenizado o total do capital segurado previsto para as garantias de Perda de Visão por Acidente, Perda de Visão por Doença, Prótese Ocular e Doença Graves;
- g) Quando o segurado, mediante solicitação por escrito à seguradora, requerer o cancelamento do seguro;
- h) Na data em que o segurado perder seus direitos de acordo com o item 26 das Condições Gerais.

21. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

21.1. Ocorrendo um evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado, beneficiário ou seu representante.

21.2. Para o Aviso de Sinistro, o beneficiário do segurado, ou o próprio segurado, deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

a) Do segurado:

- RG
- CPF
- Certidão de Nascimento ou Casamento
- Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela seguradora, o qual deverá ser preenchido pelo segurado ou seu beneficiário.
- autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora).

b) Do(s) beneficiário(s):

- Pais: RG e CPF do segurado;
- Cônjuge: Certidão de Casamento, RG e CPF;
- Companheira (o): RG e CPF e comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS;
- Filhos: Certidão de Nascimento e RG, sendo que:
 - I. Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;
 - II. Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.
- Autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora).

c) Deverá ser entregue ainda a documentação por tipo de ocorrência, constante das Condições Especiais das garantias contratadas.

d) Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.

22. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

22.1. Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências pela mesma determinadas.

22.2. Todos os pagamentos de indenizações referentes a esse seguro serão efetuados em parcela única, no Brasil e em moeda nacional.

22.3. Nos casos em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da seguradora.

22.4. O ressarcimento de despesas efetuadas no exterior, quando devido, será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

22.5. A seguradora após receber o aviso de sinistro e os respectivos documentos, verificará se o evento ocorrido é um risco coberto e, portanto, se o segurado ou o beneficiário tem direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da indenização, sob a forma de parcela única.

- 22.6.** Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como **data do evento**, quando da liquidação dos sinistros:
- I. para as garantias que cubram eventos decorrentes exclusivamente de acidentes pessoais (**morte acidental, invalidez permanente total ou parcial, despesas médicas, hospitalares e odontológicas, diárias por internação hospitalar por acidente, diárias por incapacidade temporária por acidente, queimaduras, fraturas de ossos e perda de visão por acidente**): a data do acidente;
 - II. para as garantias “**Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença**”, “**Diária por Internação Hospitalar em UTI por Acidente ou Doença**”: a data da internação hospitalar.
 - III. para a garantia “**Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença**”: a data do laudo médico atestando a incapacidade total e temporária.
 - IV. para a garantia “**Auxílio Funeral por Morte Acidental**”: a data do acidente.
 - V. para a garantia “**Perda de Visão por Doença**”: a data da constatação da perda da visão, indicada na declaração médica.
 - VI. para a garantia “**Prótese Ocular**”: a data do laudo médico atestando a necessidade de uma prótese.
 - VII. para a garantia “**Doenças Graves**”: a data da constatação da doença grave, indicada na declaração médica.
 - VIII. para a garantia “**Doença Congênita de Filhos**”: a data em que o filho legítimo do segurado for diagnosticado com a doença congênita prevista como risco coberto, sendo considerada como data do evento e a data da realização dos exames que especificam e caracterizam a doença, indicada na declaração médica.
- 22.7.** O prazo para o pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos nestas Condições Gerais e Especiais. No caso de solicitação de documentos e/ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável, este prazo será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.
- 22.8.** Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização estará sujeito à aplicação de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.
- 22.9.** Os valores das indenizações de sinistros ficam sujeitos à atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, a partir da data de ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.
- 22.10.** Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o **Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE)** ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

22.11. No caso de segurados menores de idade, a indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial será paga conforme a seguir:

- a. para segurados com idade entre 14 (catorze) e 16 (dezesesseis) anos - a indenização será paga em nome do segurado, devidamente representado em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o segurado será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;
- b. para segurados com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos, a indenização será paga em nome do segurado, devidamente assistido em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o segurado será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

22.12. As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização devida para a garantia de morte, deduzida da importância já paga por invalidez permanente.

22.13. As coberturas previstas por este Seguro se extinguem pela ocorrência de um eventual sinistro e caso haja cobrança e/ou pagamento de prêmio após a data de aviso do sinistro, os valores de prêmios pagos, serão devolvidos devidamente atualizados conforme Item 17. Pagamento de Atualização Monetária e Juros, **com exceção** das garantias que cubram a invalidez permanente parcial por acidente, cuja reintegração do capital segurado será automática após cada acidente, que resulte em invalidez permanente parcial, sem a cobrança de prêmio adicional.

22.14. Detalhes específicos sobre sinistros, por tipo de ocorrência será incluída nas Condições Especiais das garantias contratuais.

23. JUNTA MÉDICA

23.1. Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, será proposta pela seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de três membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

23.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

- 23.3.** 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.
- 23.4.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 23.5.** Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

24. PERÍCIA DA SEGURADORA

- 24.1.** Em todas as notificações de internação hospitalar do segurado poderão ser realizadas perícias médicas comprobatórias do enquadramento do evento e do número de dias de internação hospitalar, e análise das despesas médicas, hospitalares e odontológicas.
- 24.2.** O segurado, ao propor a contratação do seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar, ou hospitalar, requerer e proceder a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.
- 24.3.** Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

25. PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

- 25.1.** Os valores das obrigações pecuniárias referentes a este Seguro sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do **Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE)**, desde a data do evento, na hipótese de não cumprimento do prazo para o respectivo pagamento.
- 25.2.** A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação, e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação.
- 25.3.** Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o **Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE)** ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

25.4. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

26. PERDA DE DIREITOS

26.1. O segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente seguro quando:

- a) deixar de cumprir as obrigações convencionadas nas condições gerais e especiais do seguro;**
- b) agravar intencionalmente o risco segurado;**
- c) por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o segurado, seus propositos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e/ou seu representante legal procurar obter benefícios do presente seguro;**
- d) fizer declarações inexatas, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:
 - I. na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível;**
 - II. na hipótese de ocorrência de sinistro, sem indenização integral: 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, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado;**
 - III. na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível;****
- e) deixar de comunicar imediatamente à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé;**

- f) deixar de participar o sinistro à seguradora, tão logo tome conhecimento, e não adotar as providências imediatas para minorar suas consequências;
- g) o sinistro decorrer de dolo do segurado, má fé, fraude e/ou simulação.

26.2. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

26.3. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

26.4. Na hipótese de continuidade do seguro, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

27. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

27.1. Beneficiários em caso de Morte Acidental, Morte Acidental em Evento Prazo Curto, Morte Acidental decorrente de Roubo, Morte Acidental em Atividade Laborativa Regular, Morte Acidental por Vítima de Crime, Morte Acidental Diferenciada ocorrida em veículo terrestre Particular Pedestre e Morte Acidental ocorrida em Transporte Público Autorizado ou Auxílio Funeral por Morte Acidental:

27.1.1. A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito.

27.1.2. Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um.

27.1.3. Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o capital segurado ao antigo beneficiário designado.

27.1.4. Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.

27.1.5. A falta de indicação expressa de beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei:

- a) Para segurado casado ou em união estável, 50% ao cônjuge ou companheiro (a) devidamente reconhecido (a) na forma da lei, se

houver, e 50% aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária;

- b) Na falta dos herdeiros legais, será pago 100% da indenização ao cônjuge ou companheiro (a) devidamente reconhecido (a) na forma da lei;
- c) Na falta do cônjuge ou companheiro (a), devidamente reconhecido (a) na forma da lei, será pago 100% da indenização aos herdeiros legais do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária;
- d) Na falta de cônjuge, companheiro (a) devidamente reconhecido (a) na forma da lei, e de herdeiros legais, respeitada a ordem de vocação hereditária, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

27.2. Beneficiários nas demais garantias não relacionadas no item 27.1:

27.2.1. O beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade.

27.2.2. Na eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com o item 27.1 desta cláusula beneficiária.

28. ALTERAÇÃO DA APÓLICE

28.1. Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo Segurado, seu representante ou por corretor de seguros habilitado, e receber concordância de ambas as partes contratantes.

28.2. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nestas condições gerais, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

29. COMUNICAÇÕES

- 29.1.** As comunicações do segurado deverão ser feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da seguradora ou via Central de Atendimento. As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na Apólice.
- 29.2.** As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do Segurado.

30. PRESCRIÇÃO

- 30.1.** Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

31. OUVIDORIA

- 31.1.** A AIG está comprometida em sempre oferecer o melhor nível de serviço aos seus clientes.

Assim, colocamos à sua disposição a **Ouvidoria AIG**, um canal que atende as manifestações registradas sob a forma de reclamações, denúncias, sugestões, críticas e elogios.

A indicação da Ouvidoria se dá para casos em que os clientes não encontrem solução satisfatória apresentada ao contatar o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) e possuam o número de protocolo recebido.

Você pode contatar a **Ouvidoria AIG** por:

- Telefone – 0800 724 0219 (segunda à sexta-feira, das 9 às 18h)
- Email: ouvidoria@aig.com

32. FORO

Fica eleito o foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental garante o pagamento do capital segurado contratado, definido na apólice de seguros, aos beneficiários do seguro, no caso de morte do segurado causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e observadas as condições contratuais deste seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, os beneficiários deverão apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitada ao capital segurado contratado e definido no apólice de seguros individual para esta garantia e observadas às condições contratuais deste seguro.

Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada, e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já tiver 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 (mandíbula)	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
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos (cúbitos)	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	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	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
	PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores
Perda total do uso de um dos pés		50
Fratura não consolidada de um fêmur		50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros		25
Fratura não consolidada da rótula (patela)		20
Fratura não consolidada de um pé		20
Anquilose total de um dos joelhos		20
Anquilose total de um dos tornozelos		20
Anquilose total de um quadril		20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé		25
Amputação do primeiro dedo		10
Amputação de qualquer outro dedo		3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.		
Encurtamento de um dos membros		
* de 5 (cinco) centímetros ou mais		15
* de 4 (quatro) centímetros		10
* de 3 (três) centímetros		6
* menos de 3 (três) centímetros:	S/ indenização	

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano 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, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

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

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

Quando for devida a indenização por invalidez permanente total, o Seguro será imediatamente cancelado, não havendo direito ao pagamento de indenização por morte (caso contratada a cobertura), mesmo que o segurado venha a falecer após a sua invalidez total permanente por acidente. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Certidão de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o percentual de Invalidez Permanente;
- Radiografias e outros exames médicos que tenham sido realizados.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante ao segurado o reembolso de despesas médico-hospitalares e odontológicas por acidente efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, limitado ao valor contratado e definido no apólice de seguros individual para esta garantia e observadas às condições contratuais deste seguro.

A seguradora indenizará as despesas médicas, hospitalares e odontológicas por acidente incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do segurado, observados os seguintes critérios:

- a) Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados;
- b) A comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) **estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- b) **aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;**
- c) **cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- d) **procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
- Notas Fiscais originais;
- Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;
- Receita Médica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante ao segurado o pagamento de uma indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, limitado ao número máximo de diárias e ao valor da diária contratada para esta garantia, **causada exclusivamente por acidente pessoal coberto** e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, observado o período de franquia.

A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- f) quaisquer perturbações, intoxicações alimentares de qualquer espécie, doenças psiquiátricas e mentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, exceto os eventos decorrentes de atos praticados pelo segurado em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas, ou quando essas substâncias tiverem sido prescritas por um profissional médico habilitado e consumidas de acordo com tal prescrição.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante ao segurado o pagamento do valor contratado no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa a sua profissão ou ocupação, **devido exclusivamente à ocorrência de acidente pessoal coberto**, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitado o período de franquia e observados os limites estabelecidos nestas condições contratuais do seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) qualquer acidente que impossibilite o segurado de exercer sua profissão ou ocupação por um período inferior ao estipulado como franquia;
- b) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- c) aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- d) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- e) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- f) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- g) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- h) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- i) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a contratação deste seguro, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido

atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;

j) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;

k) luxações recidivantes de qualquer articulação;

l) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

m) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, degenerativas e protusões discais degenerativas;

n) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

o) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o próprio segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- O formulário “Notificação de Afastamento das Atividades Profissionais” preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente. No caso de impedimento do envio do formulário, a notificação deverá ser feita através de telex, fax ou telegrama dirigido à Seguradora. Tal circunstância não exime o Segurado da apresentação posterior do original deste formulário devidamente preenchido;
- Resultados dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- Atestado médico original comprovando o afastamento;
- Cópia autenticada de comprovante de exercício de atividade profissional.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE FRATURA DE OSSOS

1. OBJETIVO

A cobertura de Fratura de Ossos em Caso garante o pagamento de uma indenização ao segurado nos casos de fratura completa, de fratura múltipla, de fratura complexa, de fratura de Colles e/ou fratura de dedos causada **exclusivamente por Acidente Pessoal coberto**, limitada ao capital segurado contratado e definido no apólice de seguros do seguro para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. Para fins desta cobertura, entende-se como:

- **Fratura Completa:** fratura cujo osso tenha rompido de uma extremidade até a outra.
- **Fratura Múltipla:** mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso.
- **Fratura Complexa:** fratura exposta (quando os tecidos moles sobrejacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior) ou fratura que tenha afetado seriamente a função de um órgão.
- **Fratura de Colles:** fratura no osso rádio em nível do pulso.
- **Fratura de dedos:** no mínimo fratura de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo Segurado em um mesmo evento.

1.2. Se, depois de paga indenização por quebra de ossos em caso de acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga pela quebra de ossos deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

1.3. A quebra de ossos deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

1.4. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência.

2. CAPITAL SEGURADO

Após a comprovação das lesões, a seguradora pagará uma indenização de acordo com os ossos afetados e os percentuais estabelecidos na tabela descrita a seguir:

Discriminação	% sobre Capital Segurado
Pescoço	25
Quadril ou Pélvis	20
Crânio	12
Fêmur (não-quadril), Calcânhar, Braço	10
Tornozelo, Perna, Cotovelo, Omoplata	8
Maxilar, Clavícula, Antebraços, Pulso	7
Vértebra (cada uma)	5
Oso Esterno (parte anterior do tórax), patela (rótula)	4
Mão (exceto dedos e pulso)	3
Pés (exceto calcânhar, dedos dos pés), Cóccix	2
Face (exceto crânio, nariz e maxilar)	2
Costelas (cada)	1
Dedos da Mão e do Pé (cada um)	1

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- **Fraturas patológicas, entendidas como aquelas nas quais um osso é quebrado através de uma área enfraquecida por uma doença, por um grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tais como tumores ósseos, metástases ósseas e doenças do metabolismo;**
- **Osteoporose (porosidade no osso causada por perda de proteína).**

4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Ocorrência Policial, quando houver;
- Evidências radiológicas das fraturas e prontuário médico do primeiro atendimento;

- Relatório devidamente preenchido e assinado pelo médico assistente, constando a data, as circunstâncias e as consequências do acidente sofrido, bem como o diagnóstico e o tratamento prescrito ao Segurado.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL DIFERENCIADA OCORRIDA EM VEÍCULO PARTICULAR OU PEDESTRE

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental Diferenciada ocorrida em Veículo Particular ou Pedestre garante o pagamento do capital segurado contratado, definido na apólice de seguros para esta garantia, aos beneficiários, na ocorrência da morte do segurado em acidente de trânsito, quando o segurado for ocupante de um Veículo Particular, ou quando for atingido ou atropelado por qualquer tipo de veículo motorizado, seja coletivo ou particular, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, **exceto se decorrentes de riscos excluídos** e observadas as condições contratuais deste seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia os acidentes em que o segurado seja ocupante de um veículo:

- a) conduzido por motorista que não esteja legalmente habilitado;
- b) conduzido por motorista que esteja sob tratamento médico e impedido de guiar devido ao seu estado de saúde e/ou medicamentos receitados.
- c) conduzido por motorista que esteja sob efeito de entorpecentes, álcool, drogas ou medicamentos que reduzam sua capacidade de condução do veículo, exceto os eventos em que o motorista é o segurado em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas.
- d) em trânsito por estradas ou caminhos impedidos, não abertos ao tráfego ou de areias fofas ou movediças.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, os beneficiários deverão apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DIFERENCIADA OCORRIDA EM VEÍCULO PARTICULAR OU PEDESTRE

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Diferenciada Ocorrida em Veículo Particular ou Pedestre garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por um acidente de trânsito, quando o segurado for ocupante de um Veículo Particular, ou quando for atingido ou atropelado por qualquer tipo de veículo motorizado, seja coletivo ou particular, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitada ao capital segurado contratado e definido na apólice de seguro para esta garantia e observadas às condições contratuais deste seguro.

Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada, e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já tiver 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 (mandíbula)	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 membro superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio- ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos (cúbitos)	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	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	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
	PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores
Perda total do uso de um dos pés		50
Fratura não consolidada de um fêmur		50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros		25
Fratura não consolidada da rótula (patela)		20
Fratura não consolidada de um pé		20
Anquilose total de um dos joelhos		20
Anquilose total de um dos tornozelos		20
Anquilose total de um quadril		20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé		25
Amputação do primeiro dedo		10
Amputação de qualquer outro dedo		3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.		
Encurtamento de um dos membros		
* de 5 (cinco) centímetros ou mais		15
* de 4 (quatro) centímetros		10
* de 3 (três) centímetros		6
* menos de 3 (três) centímetros:	S/ indenização	

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano 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, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

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

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

Quando for devida a indenização por invalidez permanente total, o Seguro será imediatamente cancelado, não havendo direito ao pagamento de indenização por morte (caso contratada a cobertura), mesmo que o segurado venha a falecer após a sua invalidez total permanente por acidente. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia os acidentes em que o segurado seja ocupante de um veículo:

- a) conduzido por motorista que não esteja legalmente habilitado;
- b) conduzido por motorista que esteja sob tratamento médico e impedido de guiar devido ao seu estado de saúde e/ou medicamentos prescritos.
- c) conduzido por motorista que esteja sob efeito de entorpecentes, álcool, drogas ou medicamentos que reduzam sua capacidade de condução do veículo, exceto os eventos em que o motorista é o segurado em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas.
- d) em trânsito por estradas ou caminhos impedidos, não abertos ao tráfego ou de areias fofas ou movediças.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Certidão de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o percentual de Invalidez Permanente;
- Radiografias e outros exames médicos que tenham sido realizados.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

O plano de seguro contratado poderá incluir cobertura para o cônjuge e/ou companheiro(a) do Segurado Principal, de forma facultativa, mediante o atendimento das condições de inclusão constantes desta Cláusula Suplementar.

Esta Cláusula Suplementar deve ser contratada expressamente pelo Segurado Principal, que deverá indicar o cônjuge ou companheiro (a), o qual será coberto pelo seguro.

Será incluído o cônjuge e/ou companheiro (a) do Segurado Principal que atenda às condições de aceitação para o ingresso no seguro, e as demais elencadas na respectiva Cláusula, sendo o Capital Segurado fixado em percentual não excedente a 100% do correspondente Segurado Principal, o qual é considerado o beneficiário do cônjuge.

O prêmio adicional relativo ao custo destas coberturas será determinado na Proposta de Contratação do Seguro.

As garantias para o cônjuge e/ou companheiro (a), incluído conforme esta Cláusula Suplementar, somente poderão ser contratadas se também previstas para o Segurado Principal, do qual o cônjuge e/ou companheiro (a) é Segurado Dependente.

As garantias contratadas por esta Cláusula Suplementar não se aplicam ao cônjuge e/ou companheiro (a) que tenha sido aceito como Segurado Principal no seguro.

As garantias contratadas para o Segurado Dependente serão aquelas definidas na Apólice de seguro.

Para efeitos desta cobertura, a indenização correspondente à morte do cônjuge e/ou companheiro (a) será paga diretamente ao Segurado Principal e as indenizações correspondentes a cobertura de Invalidez Permanente por Acidente serão efetuadas diretamente ao próprio cônjuge e/ou companheiro (a) segurado.

Na hipótese de morte simultânea (Comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, Principal e Dependente, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

Para todos os efeitos legais, o (a) companheiro (a) do Segurado Principal deve ser devidamente reconhecido na forma da Lei.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. CANCELAMENTO DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

A cobertura desta Cláusula Suplementar será obrigatoriamente cancelada caso ocorra uma das seguintes situações:

a) Quando ocorrer qualquer das situações previstas nas Condições Gerais para cancelamento ou não renovação da apólice, ou de cessação da cobertura de qualquer segurado;

c) No caso de Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado Principal;

d) No caso de separação judicial ou divórcio;

e) No caso de desconstituição de união estável, quando se tratar de companheiro (a);

f) Por solicitação do Segurado Principal.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, os beneficiários do Segurado Dependente, ou o próprio Segurado Dependente, deverão apresentar os documentos básicos previstos no item 21.2 das Condições Gerais do seguro e nas Condições Especiais da garantia a que se refere o sinistro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE FILHOS

1. OBJETIVO

O plano de seguro contratado com a Cláusula de Inclusão Facultativa de Cônjuge poderá dispor, para as garantias de morte acidental, da Cláusula de Inclusão de Filhos do Segurado Principal, considerados dependentes do Segurado Principal na forma da Lei, observadas as condições de inclusão constantes desta Cláusula Suplementar.

O Capital Segurado correspondente será estabelecido em percentual não superior a 100% do Segurado Principal, o qual será o beneficiário do seguro.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros. O prêmio adicional relativo ao custo destas garantias será determinado na Proposta de Contratação. Esta Cláusula Suplementar deve ser contratada expressamente pelo Segurado Principal, e essa contratação só poderá ser feita com a inclusão de todos os filhos do Segurado Principal.

As garantias contratadas para o Segurado Dependente serão aquelas definidas na Apólice de Seguro.

Para efeitos desta cobertura, a indenização correspondente à morte de um filho será paga diretamente ao Segurado Principal.

Na hipótese de morte simultânea (Comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, Principal e Dependente, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS”, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta Cláusula Suplementar.

3. CANCELAMENTO DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

A cobertura desta Cláusula Suplementar será obrigatoriamente cancelada caso ocorra uma das seguintes situações:

- a) Quando ocorrer qualquer das situações previstas nas Condições Gerais para cancelamento ou não renovação da apólice, ou de cessação da cobertura de qualquer segurado;**
- c) No caso de Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado Principal;**
- d) No caso de cessação da condição de dependente do Segurado Principal previsto na forma da Lei;**
- e) Por solicitação do Segurado Principal.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o Segurado Principal deverá apresentar os seguintes documentos básicos previstos no item 21.2 das Condições Gerais do seguro e nas Condições Especiais da garantia a que se refere o sinistro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL EM EVENTO PRAZO CURTO

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental em Evento Prazo Curto garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no apólice de seguros individual para esta garantia, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do segurado causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido exclusivamente no período de vigência desta garantia e observadas as condições contratuais deste seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, os beneficiários deverão apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM EVENTO PRAZO CURTO

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência desta garantia, limitada ao capital segurado contratado e definido no apólice de seguros individual para esta garantia e observadas as condições contratuais deste seguro.

Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já tiver 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 (mandíbula)	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 membro superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio- ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos (cúbitos)	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	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	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
	PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores
Perda total do uso de um dos pés		50
Fratura não consolidada de um fêmur		50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros		25
Fratura não consolidada da rótula (patela)		20
Fratura não consolidada de um pé		20
Anquilose total de um dos joelhos		20
Anquilose total de um dos tornozelos		20
Anquilose total de um quadril		20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé		25
Amputação do primeiro dedo		10
Amputação de qualquer outro dedo		3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.		
Encurtamento de um dos membros		
* de 5 (cinco) centímetros ou mais		15
* de 4 (quatro) centímetros		10
* de 3 (três) centímetros		6
* menos de 3 (três) centímetros:	S/ indenização	

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano 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, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

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

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

Quando for devida a indenização por invalidez permanente total, o Seguro será imediatamente cancelado, não havendo direito ao pagamento de indenização por morte (caso contratada a cobertura), mesmo que o segurado venha a falecer após a sua invalidez total permanente por acidente. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8– “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Certidão de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o percentual de Invalidez Permanente;
- Radiografias e outros exames médicos que tenham sido realizados.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICA POR ACIDENTE EM EVENTO PRAZO CURTO

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante ao segurado o reembolso de despesas médico-hospitalares e odontológicas efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência desta garantia, limitado ao valor contratado e definido no apólice de seguros individual para esta garantia e observadas as condições contratuais deste seguro.

A seguradora indenizará as despesas médicas, hospitalares e odontológicas incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do segurado, observados os seguintes critérios:

- a) Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares, desde que legalmente habilitados;
- b) A comprovação das despesas médico-hospitalares deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – RISCOS EXCLUÍDOS e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- b) aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;**
- c) hospitalizações para check- up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;**
- d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- e) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;**

f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

g) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);

h) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a contratação deste 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;

i) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;

j) luxações recidivantes de qualquer articulação;

k) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

l) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, e protusões discais degenerativas;

m) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

n) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o próprio segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
- Notas Fiscais originais;
- Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;
- Receita Médica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE ROUBO

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental decorrente de Roubo garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no apólice de seguros individual para esta garantia, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte acidental do segurado decorrente de roubo ou tentativa de roubo, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e observadas as condições contratuais deste seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, os beneficiários deverão apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE ROUBO

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de Roubo garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente pessoal coberto decorrente de roubo ou tentativa de roubo, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitada ao capital segurado contratado e definido no apólice de seguros individual para esta garantia e observadas as condições contratuais deste seguro.

Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já tiver 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 (mandíbula)	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 membro superiores	70	
	Perda total do uso de uma das mãos	60	
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50	
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio- ulnares	30	
	Anquilose total de um dos ombros	25	
	Anquilose total de um dos cotovelos (cúbitos)	25	
	Anquilose total de um dos punhos	20	
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25	
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18	
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9	
	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	9	
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo		
	PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés		50	
Fratura não consolidada de um fêmur		50	
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros		25	
Fratura não consolidada da rótula (patela)		20	
Fratura não consolidada de um pé		20	
Anquilose total de um dos joelhos		20	
Anquilose total de um dos tornozelos		20	
Anquilose total de um quadril		20	
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé		25	
Amputação do primeiro dedo		10	
Amputação de qualquer outro dedo		3	
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.			
Encurtamento de um dos membros			
* de 5 (cinco) centímetros ou mais		15	
* de 4 (quatro) centímetros		10	
* de 3 (três) centímetros		6	
* menos de 3 (três) centímetros:	S/ indenização		

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano 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, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

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

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

Quando for devida a indenização por invalidez permanente total, o Seguro será imediatamente cancelado, não havendo direito ao pagamento de indenização por morte (caso contratada a cobertura), mesmo que o segurado venha a falecer após a sua invalidez total permanente por acidente. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – RISCOS EXCLUÍDOS e seguintes, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Certidão de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o percentual de Invalidez Permanente;
- Radiografias e outros exames médicos que tenham sido realizados.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ROUBO

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante ao segurado o pagamento de uma indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, limitado ao número máximo de diárias e ao valor da diária contratada para esta garantia, **causada exclusivamente por acidente pessoal coberto decorrente de roubo ou tentativa de roubo**, e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, observado o período de franquia.

A indenização que o segurado terá direito corresponderá ao **máximo de 60 (sessenta) diárias por evento** ocorrido durante o período de vigência anual do seguro, **até o máximo de 3 (três) eventos** por período de vigência.

A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – RISCOS EXCLUÍDOS e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- b) Aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;**
- c) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- d) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- e) Lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a contratação deste seguro, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;**
- f) Luxações recidivantes de qualquer articulação;**
- g) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**

h) Doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, e protusões discais degenerativas;

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE AUXÍLIO-FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante aos beneficiários do seguro o reembolso de despesas com o funeral do segurado, em caso de morte do segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto e ocorrido no período de vigência do seguro, limitado ao valor contratado e definido no apólice de seguros individual para esta garantia e observadas as condições contratuais deste seguro.

A seguradora indenizará as despesas com o funeral do segurado, observado o seguinte critério:

a) Cabe aos beneficiários a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, os beneficiários deverão apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Apresentação das notas fiscais ou comprovantes originais das despesas;
- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia.

CONDIÇÃO ESPECIAL

GARANTIA DE PERDA DE VISÃO POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

A cobertura de perda de visão por acidente garante ao segurado o pagamento de indenização, caso o mesmo apresente perda da visão de um ou ambos os olhos decorrentes exclusivamente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitada ao capital segurado contratado e definido no apólice de seguros individual para esta garantia e observadas às condições contratuais deste seguro.

A elegibilidade a indenização se dará quando o médico especialista atestar redução superior a 80% (oitenta por cento) da visão de um ou ambos os olhos após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a perda definitiva total da visão, quando da alta médica definitiva.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) acidentes médicos;**
- b) auto lesão;**
- c) consequências advindas de tratamento ou exames médicos clínicos, cirúrgicos ou por equipamentos, quando tais procedimentos não forem resultantes de acidentes cobertos; e**
- d) doenças oftalmológicas preexistentes de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Declaração do médico assistente e alta médica atestando a Cegueira Legal
- Exames complementares

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA PERDA DE VISÃO POR DOENÇA

1. OBJETIVO

A cobertura de perda de visão por doença garante ao segurado o pagamento de indenização, caso o mesmo apresente perda da visão de um ou ambos os olhos decorrentes das doenças previstas nesta condição especial, limitada ao capital segurado contratado e definido no apólice de seguros individual para esta garantia e observadas às condições contratuais deste seguro.

Para fins desta garantia, considera-se perda da visão: quadro irreversível comprovada por médico especialista, exames complementares e deverá ser considerada como CEGUEIRA LEGAL.

A elegibilidade a indenização se dará quando o médico especialista atestar redução superior a 80% (oitenta por cento) da visão de um ou ambos os olhos após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a perda definitiva total da visão, quando da alta médica definitiva.

Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada – segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotado pela classe médica especializada, provenientes exclusivamente das doenças:

- Ceratocone
- Glaucoma
- Descolamento de Retina
- Retinopatia Diabética
- Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI)
- Tumor Primário
- Neurite Óptica
- Uveíte
- Obstruções dos vasos
- Obstruções de artéria (infarto da retina)

Para fins desta Garantia, define-se:

- a) Ceratocone** é uma doença da córnea. É um distúrbio chamado distrofia continua e progressiva, que altera a curvatura da córnea que tem o formato de uma meia esfera. Com o progresso da doença, o formato da córnea torna-se cada vez mais semelhante a um cone, daí a origem do nome ceratocone.
- b) Glaucoma** pode ser definido como uma lesão do nervo óptico, de caráter progressivo, com perda de campo visual e risco de cegueira caso não diagnosticado e tratado a tempo. Há direta relação com a pressão intraocular (PIO), sendo que a maioria dos portadores de glaucoma apresenta PIO elevada.

- c) **Descolamento de Retina** é a separação de duas camadas da retina quando a parte sensorial (relacionada com a visão) se separa da camada pigmentada da retina, que é o epitélio pigmentar (relacionada com a nutrição da retina sensorial). Podem ser causados por traumatismo ou doença.
- d) **Retinopatia Diabética:** A diabetes lesa os vasos sanguíneos da retina e pode ocasionar crescimento anômalo dos vasos numa fase mais avançada da doença. A retina é uma camada de prolongamento dos nervos, onde estão as células receptoras responsáveis por perceber a luz e ajudar a enviar as imagens ao cérebro. O dano aos vasos sanguíneos da retina pode ter como resultado vazamento de fluido ou sangue e que poderão causar fibrose e desorganizar a retina.
- e) **Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI)** está associada ao envelhecimento e é causada por uma atrofia ou afinamento das células visuais da mácula. A mácula é um ponto no centro da retina, responsável pela visão central usado para a leitura e para outras tarefas refinadas.
- f) **Tumor (primário):**
- **Retinoblastoma** é um tumor ocular originário das células da retina (membrana ocular sensível à luz). Trata-se do mais comum tumor ocular na infância.
 - **Melanoma de Coróide** é a neoplasia maligna intraocular mais comum do adulto. Derivada do neuroectoderma pode ter origem na íris, corpo ciliar ou, mais comumente, coróide. A disseminação hematogênica é comum, sendo o fígado o foco de metástase preferencial.
- g) **Neurite Óptica:** é uma inflamação do nervo óptico. O nervo óptico é o responsável por levar a informação do olho até o cérebro. A inflamação causa desmielinização, uma alteração na camada mais externa do nervo, impedindo que a informação seja transmitida de maneira eficaz.
- h) **Uveíte** é o nome do grupo de doenças que causa inflamação dentro do olho. Existem diferentes tipos de uveítes.
- i. **Uveíte anterior (irite ou iridociclite)** são as localizadas na parte mais anterior do olho acometendo a córnea, câmara anterior e íris.
 - ii. **Uveíte intermediária** são as localizadas na parte intermediária do olho
 - iii. **Uveíte posterior** são as localizadas na parte mais posterior: vítreo, retina e nervo óptico
 - iv. **Panuveíte** são as inflamações que afetam todo o olho
- i) **Obstruções dos vasos** da retina muito comuns. Geralmente acontece em pessoas que tem hipertensão arterial, diabetes ou doenças hematológicas. Nas obstruções de veias ocorre vazamento do sangue de dentro dos vasos para a retina. Essa hemorragia causa imediata baixa de visão além de criar condições para o aparecimento de problemas mais graves como o [glaucoma](#) neovascular e o edema macular.
- j) **Obstruções de artéria (infarto da retina)** ocorre interrupção imediata da circulação do olho por um coágulo que obstrui a artéria nutridora da retina. É quadro extremamente grave com perda acentuada e imediata da visão e necessita avaliação com a máxima urgência.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- As doenças oftalmológicas preexistentes de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação.
- As demais doenças oftalmológicas não relacionadas no item 1.
- As doenças oftalmológicas passíveis de tratamento com recuperação da acuidade visual, mesmo que parcial.
- As doenças oftalmológicas passíveis de tratamento com uso de lentes corretoras.
- Diabetes tipo 1 e 3

3. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Declaração do médico assistente e alta médica atestando a Cegueira Legal
- Exames complementares

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE PROTESE OCULAR

1. OBJETIVO

A cobertura de PRÓTESE OCULAR garante ao segurado o pagamento de indenização, caso o segurado seja elegível a indenização de uma das coberturas de **Perda de Visão por Acidente** ou **Perda de Visão por Doença**, e decorrente dos eventos relacionados a estas coberturas seja necessário (**exclusivamente**) a utilização:

- Prótese Ocular;
- Lente Escleral Pintada;
- Esfera de Luxite ou Muller.

A indenização está limitada ao capital segurado contratado e definido no apólice de seguros individual para esta garantia e observadas às condições contratuais deste seguro.

A elegibilidade a indenização será constatada através do relatório médico comprovando a necessidade da utilização de Prótese Ocular Lente Escleral Pintada, Esfera de Luxite ou Muller.

Para fins desta Garantia, define-se:

Prótese Ocular: É um órgão artificial que substitui o globo ocular, no caso de enucleação;

Lente Escleral Pintada: Usa-se quando a pessoa ainda tem o globo ocular, no caso de olho branco, causado por varias doenças que causam a cegueira. Nesse caso a pessoa não teve o vazamento do globo ocular, é uma lente finíssima colocada por cima do globo.

Esfera de Luxite ou Muller: Serve para diminuir a cavidade (órbita) e dar mais movimento. Substitui o globo ocular.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos desta cobertura os riscos e eventos excluídos mencionados nas Condições Gerais e nas Garantias de Perda de Visão por Acidente – PVA e Garantias de Perda de Visão por Doença – PVD.

3. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Declaração do médico assistente e alta médica atestando a necessidade da utilização de Prótese Ocular, Lente Escleral Pintada, Esfera de Luxite ou Muller.
- Exames complementares

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL EM TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental Em Transporte Público Autorizado garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice para esta garantia, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do segurado causada por acidente em Transporte Público Autorizado, ocorrido exclusivamente de acidente pessoal coberto, limitado ao capital segurado contratado e definido no apólice de seguros individual para esta garantia e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas originais comprobatórias, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
- não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia: não decorrentes de acidentes em transporte público autorizado;**
- decorrentes da utilização de meio de transporte terrestre, marítimo ou aéreo que não tenha licença válida para o transporte pago de passageiros, ou de qualquer outro meio de transporte sem fiscalização; e**
- ocorridos na utilização de transporte individual de passageiros, tais como táxi ou veículos de aluguel.**

3. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, os beneficiários deverão apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Certidão de Ocorrência emitida pela autoridade competente local, comprovando a ocorrência do acidente coberto;
- Atestado de Óbito;
- Laudo de Necropsia.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO

Mediante a contratação da presente cobertura, a Seguradora obriga-se a garantir o pagamento ao Segurado de uma indenização no valor estabelecido na especificação da apólice, em decorrência de **diagnóstico** comprovado por médico habilitado no Brasil e exames complementares, quando exigidos, de uma das condições a seguir especificadas, durante a vigência do seguro e após o período de carência.

- Câncer (Neoplasia Maligna).
- Acidente Vascular Cerebral (Derrame Cerebral).
- Infarto Agudo do Miocárdio.
- Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular (es) nas Artérias Coronárias (*Bypass*).
- Insuficiência Renal Crônica em Estágio Terminal.
- Cirurgia para Transplante de Órgãos.

Para ser elegível ao recebimento da indenização em razão do evento coberto, o Segurado precisa sobreviver 30 (trinta) dias após o diagnóstico de uma das condições cobertas.

O diagnóstico deverá ter sido emitido e constatado pela primeira vez após a data de início de vigência do seguro, observados os itens de Carência e Riscos Excluídos, constantes das Condições Gerais e desta Cláusula.

O conjunto de coberturas para Doenças Graves e procedimentos médicos que caracterizam os eventos cobertos por essa Cláusula, será escolhido pelo proponente, no momento do preenchimento da Proposta de Contratação e, **não poderão ser contratadas isoladamente.**

2. DENIFIÇÕES

Para fins desta cobertura entende-se por:

- a) Câncer (Neoplasia Maligna):** doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas com invasão de tecidos.

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e comprovado por exame histológico. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.

- b) **Acidente Vascular Cerebral (Derrame Cerebral):** obstrução aguda da circulação sanguínea cerebral (isquemia cerebral) ou ruptura de vaso sanguíneo intracraniano (hemorragia cerebral) que resulta em déficit neurológico permanente.

O diagnóstico de acidente vascular cerebral deve ser confirmado por médico especialista e comprovado por meio de exame de imagem (tomografia computadorizada e/ou ressonância nuclear magnética). As alterações clínicas de déficit neurológico permanente devem ser documentadas para caracterizar o diagnóstico.

- c) **Infarto Agudo do Miocárdio:** é a morte das células do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista e basear-se na ocorrência concomitante de:

- História de dor torácica;
- Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG); e
- Elevação das enzimas cardíacas (incluindo CPK-MB), troponinas e outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.

Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronárias (Bypass):

Realização de cirurgia cardíaca, com abertura da caixa torácica, para o tratamento da estenose ou obstrução de uma ou mais artérias coronárias.

A indicação cirúrgica deve ser respaldada por exame de coronariografia e confirmada por um médico especialista.

- d) **Insuficiência Renal Crônica em Estágio Terminal:** etapa final de uma doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise, diálise peritoneal) ou transplante renal.

Deve ser diagnosticada por médico especialista e demonstrada por meio de exames complementares apropriados.

- e) **Cirurgia para Transplante de Órgãos:** realização de cirurgia para transplante de órgãos humanos (transplante homogêneo) em que o Segurado participa como receptor somente dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim, intestino delgado e medula óssea.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos e eventos descritos nas Condições Gerais como excluídos, também **NÃO** estão incluídas nas respectivas coberturas:

a) Câncer (Neoplasia Maligna):

- Qualquer lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- Todos os cânceres não invasivos (*in situ*);
- Câncer de próstata no estágio I e IIA pela classificação TNM 7ª edição de 2009 e estágio A1, A2, B1 e B2 pela Classificação de Jewett-Whittmore;
- Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido for baixo, ou seja, menor que 1,5 mm, segundo o Índice de Breslow;
- Qualquer tumor maligno em portador de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) contraído antes da vigência do seguro;
- Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno; e
- Câncer existente antes da data de início de vigência da apólice.

b) Acidente Vascular Cerebral (Derrame Cerebral):

- Ataque isquêmico transitório;
- Hemorragia cerebral causada por trauma de crânio;
- Hemorragia cerebral causada por tumor cerebral;
- Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro; e
- Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

c) Infarto Agudo do Miocárdio:

- Angina do peito incluindo angina estável e instável;
- Infarto do miocárdio sem alterações específicas no eletrocardiograma, sem aumento da CPK-MB e com elevação da troponina I ou T; e
- Outras síndromes coronarianas agudas.

d) Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular (es) nas Artérias Coronárias (*Bypass*):

- Angioplastia coronariana e outros procedimentos intra-arteriais;
- Cirurgia minimamente invasiva (*key-hole*), cirurgia robótica e quaisquer procedimentos a tórax fechado, utilizando-se cateteres cirúrgicos; e
- Quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.

e) Cirurgia para Transplante de Órgãos:

- Colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente visando-se à colocação de um coração verdadeiro no futuro;
- Transplante de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos;
- Autotransplante de medula;
- Transplante de células tronco;
- Transplante de células-beta do pâncreas; e
- Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos exames já descritos para cada uma das Doenças Graves no item 2, e demais documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Exames complementares que tenham sido realizados e por meio dos quais seja possível atestar o quadro clínico comprovante da Doença Grave coberta;
- Cópia do termo de curatela definitivo, em caso de alienação mental do Segurado;
- Relatório detalhado do médico atestando o diagnóstico de Doença Grave prevista como risco coberto; e
- Diagnóstico clínico neurológico atestado por 2 (dois) especialistas, quando a doença assim exigir.

Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização por esta cobertura, o valor devido será pago aos seus herdeiros legais.

5. INFORMAÇÕES GERAIS

Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

Quando for devida a indenização por esta cobertura, o seguro será imediatamente cancelado, não havendo direito ao pagamento de indenização por morte (caso contratada a cobertura), mesmo que o Segurado venha a falecer.

Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS

1. OBJETIVO

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização ao segurado, quando constatada Doença Congênita de seu filho legítimo, **diagnosticada durante a vigência da apólice**, devidamente comprovada por médico habilitado.

Para fins desta cobertura, entende-se:

- **Doença Congênita:** aquela que nasce com o indivíduo, resultante da má formação do organismo;
- **Filho Legítimo:** filho nascido na vigência do casamento ou da união estável do segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- a) Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia: eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados, pela mãe, durante o período de gestação;
- b) fator ambiental, constatado ou declarado por instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada; e
- c) eventos decorrentes de mau uso ou inabilidade de produtos químicos pela mãe, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde.
- d) natimorto; e
- e) doença congênita preexistente ou conhecida antes do término do período de carência.

3. INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será equivalente ao capital segurado vigente na data em que o filho legítimo do Segurado for diagnosticado com a Doença Congênita prevista como risco coberto, sendo considerada como data do evento a data da realização dos exames que especificam e caracterizam a doença, indicada na declaração médica.

Na hipótese de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatado a doença para ambos os filhos, o capital segurado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
- Cópia de todos os exames e laudos médicos que comprovem a Doença Congênita;
- Cópia da certidão de nascimento do filho; e
- Cópia atualizada da certidão de casamento com a gestante, caso a mesma não seja Segurada principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente garante o pagamento do capital segurado ao segurado em razão da ocorrência de um ou mais eventos listados no item 2 a seguir, causado por Acidente Pessoal coberto, observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

- 1.1. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura. O beneficiário terá direito à indenização por morte mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.
- 1.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.
- 1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 1.4. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.
- 1.5. **Quando for devida a indenização por invalidez permanente total, o Seguro será imediatamente cancelado, não havendo direito ao pagamento de indenização por morte (caso contratada a cobertura), mesmo que o segurado venha a falecer após a sua invalidez total permanente por acidente.** Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará o capital segurado em decorrência dos eventos a seguir:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total e incurável.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- a) **Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia: as intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- b) **as doenças profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**
- c) **invalidezes parciais ou qualquer tipo de invalidez permanente não prevista no item 2.**

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Certidão de Ocorrência emitida pela autoridade competente local, comprovando a ocorrência do acidente coberto;
- Relatório detalhado do médico atestando o percentual de Invalidez Permanente.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Público Autorizado garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente em Transporte Público Autorizado, limitada ao capital segurado contratado e definido no apólice de seguros individual para esta garantia e observadas as condições contratuais deste seguro.

- 1.1. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura. O beneficiário terá direito à indenização por morte mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.
- 1.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.
- 1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 1.4. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente":

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver 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 (mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos (cúbitos)	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	* de 4 (quatro) centímetros	10
* de 3 (três) centímetros	06	
* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização	

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano 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, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

Quando for devida a indenização por invalidez permanente total, o Seguro será imediatamente cancelado, não havendo direito ao pagamento de indenização por morte (caso contratada a cobertura), mesmo que o segurado venha a falecer após a sua invalidez total permanente por acidente. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- a) Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia: as intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente em transporte público autorizado;**
- b) as doenças profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**

- c) a perda de dentes e os danos estéticos;
- d) os eventos decorrentes da utilização de meio de transporte terrestre, marítimo ou aéreo que não tenha licença válida para o transporte pago de passageiros, ou de qualquer outro meio de transporte sem fiscalização; e
- e) os eventos ocorridos na utilização de transporte individual de passageiros, tais como táxi ou veículos de aluguel.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Certidão de Ocorrência emitida pela autoridade competente local, comprovando a ocorrência do acidente coberto;
- Relatório detalhado do médico atestando o percentual de Invalidez Permanente.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR VÍTIMA DE CRIME

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Vítima de Crime garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente decorrente de crime, limitada ao capital segurado contratado e definido no apólice de seguros individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

- 1.1. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura. O beneficiário terá direito à indenização por morte mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.
- 1.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.
- 1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 1.4. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente":

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver 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 (mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos (cúbitos)	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	* de 4 (quatro) centímetros	10
* de 3 (três) centímetros	06	
* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização	

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano 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, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

Quando for devida a indenização por invalidez permanente total, o Seguro será imediatamente cancelado, não havendo direito ao pagamento de indenização por morte (caso contratada a cobertura), mesmo que o segurado venha a falecer após a sua invalidez total permanente por acidente. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- a) Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia: as intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- b) as doenças profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por**

acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;

c) a perda de dentes e os danos estéticos.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Certidão de Ocorrência emitida pela autoridade competente local, comprovando a ocorrência do acidente coberto;
- Relatório detalhado do médico atestando o percentual de Invalidez Permanente.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL POR VÍTIMA DE CRIME

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental por Vítima de Crime garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice para esta garantia, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do segurado decorrente de crime, limitado ao capital segurado contratado e definido no apólice de seguros individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas originais comprobatórias, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
- não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, os beneficiários deverão apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Certidão de Ocorrência emitida pela autoridade competente local, comprovando a ocorrência do acidente coberto;
- Atestado de Óbito;
- Laudo de Necropsia.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE QUEIMADURAS GRAVES

1. OBJETIVO

A cobertura de Queimaduras Graves garante o pagamento de uma indenização de acordo com o grau de queimadura (de 2º e 3º graus) sofrido e extensão, conforme tabelas no item 2, limitada ao capital segurado contratado e definido no apólice de seguros individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. Para fins desta cobertura, entende-se:

- **Queimadura:** decomposição do tecido da pele produzida por contato com fogo, calor ou substâncias corrosivas afetando a epiderme e a derme (2ª camada da pele), causando a formação de bolhas e dor acentuada.
- **Queimadura de 1º grau:** destruição apenas da camada superficial da pele, da epiderme. No local da lesão, surgem vermelhidão, inchaço e forte sensação de ardência. Pode haver a formação de bolhas, mas não é comum.
- **Queimadura de 2º grau:** destruição mais profunda da epiderme. No local da lesão surgem bolhas ("flictenas") e é muito dolorosa, porque há a exposição das raízes nervosas que foram atingidas.
- **Queimadura de 3º grau:** destruição da epiderme em toda a sua espessura, tão profunda que pode atingir os músculos e ossos. Os tecidos ficam negros e sem vida (necrose), não há dor porque as terminações nervosas responsáveis pela sensibilidade à dor foram também queimadas.

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

1.3. A queimadura deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

1.4. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Após a comprovação das lesões, a seguradora pagará uma indenização em função do grau da queimadura e da superfície corporal atingida, conforme os percentuais estabelecidos nas tabelas descritas a seguir:

TABELA DE QUEIMADURAS DE TERCEIRO GRAU	
SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA - SQC	% do valor principal
MAIS DE 27%	100%
ENTRE 18% E 27%	80%
ENTRE 9% E MENOS DE 18%	60%
ENTRE 4.5% E MENOS DE 9%	30%
ENTRE 1% E MENOS DE 4.5%	6%

TABELA DE QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU	
SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA - SQC	% do valor principal
MAIS DE 27%	60%
ENTRE 18% E 27%	48%
ENTRE 9% E MENOS DE 18%	38%
ENTRE 4.5% E MENOS DE 9%	18%
ENTRE 1% E MENOS DE 4.5%	4%

As percentagens não se acumulam, quando o mesmo acidente resultar em mais de um tipo de queimadura, a indenização deve ser calculada com base na tabela de queimaduras de maior grau.

Queimaduras que atinjam menos de 1% da superfície corporal, não dão direito à indenização.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão excluídas desta garantia as queimaduras de 1º grau.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Certidão de Ocorrência emitida pela autoridade competente local, comprovando a ocorrência do acidente coberto;
- Relatório detalhado do médico e exames de diagnóstico atestando as lesões ocorridas.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA POR MORTE ACIDENTAL EM ATIVIDADE LABORATIVA REGULAR

1. OBJETIVO

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização ao beneficiário, somente em caso de morte acidental do segurado, e desde que o acidente ocorra enquanto o segurado estiver desempenhando sua atividade laborativa regular, em seu local habitual de trabalho ou suas dependências, durante o período de vigência do seguro, exceto quando decorrente de riscos excluídos.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- a) Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia: acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo relacionado com sua morte acidental;
- b) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c) quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente pessoal;
- d) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando decorrentes de risco excluído;
- e) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- g) autolesões, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, voluntária e premeditada ou sua tentativa, e doações ou extrações de órgãos que

impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;

- h) quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, bem como os acidentes ocorridos fora do local de trabalho do segurado ou das suas dependências.**

3. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- Certidão de Ocorrência emitida pela autoridade competente local, comprovando a ocorrência do acidente coberto;
- Atestado de Óbito;
- Laudo de Necropsia;
- Relatório RAT (Relatório de Acidente de Trabalho) da Comissão Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho e Segurança do Trabalho se houver.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM ATIVIDADE LABORATIVA REGULAR

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Atividade Laborativa Regular garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física decorrente **de causas exclusivamente acidentais**, e **desde que o acidente ocorra enquanto o segurado estiver desempenhando sua atividade laborativa regular, em seu local habitual de trabalho ou suas dependências**, durante o período de vigência do seguro, **exceto quando decorrente de riscos excluídos**.

- 1.1. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor da indenização por morte, se contratada a cobertura. O beneficiário terá direito à indenização por morte mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.
- 1.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.
- 1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 1.4. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente":

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver 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(mandíbula)	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 membro superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos(cúbitos)	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18

	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	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	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
* de 5 (cinco) centímetros ou mais	15	
* de 4 (quatro) centímetros	10	
* de 3 (três) centímetros	6	
* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização	

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação do percentual sobre o valor previsto 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, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

Nos casos não especificados neste seguro, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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 poderá exceder a 100% (cem por cento)**.

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes **não poderá exceder o valor da indenização prevista para sua perda total.**

Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente será deduzida do grau de invalidez definitiva.

O capital segurado de invalidez permanente parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

Quando for devida a indenização por invalidez permanente total, o Seguro será imediatamente cancelado, não havendo direito ao pagamento de indenização por morte (caso contratada a cobertura), mesmo que o segurado venha a falecer após a sua invalidez total permanente por acidente. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- a) Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia: acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, relacionado com sua invalidez permanente total ou parcial;
- b) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- d) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de risco coberto;
- e) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;

- g) situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, inclusive o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), como “invalidez acidentária”, quando o acidente causador da lesão não corresponder a um risco coberto por este Seguro;**
- h) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;**
- i) perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do início da cobertura do seguro; e**
- j) quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, bem como os acidentes ocorridos fora do local de trabalho do segurado ou das suas dependências.**

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT), juntamente com o aviso de sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- radiografia e outros exames médicos que tenham sido realizados do membro atingido;
- cópia do termo de curatela definitivo, em casos de invalidez permanente total ou parcial com alienação mental;
- Relatório detalhado do médico atestando o percentual de Invalidez Permanente.
- Relatório RAT (Relatório de Acidente de Trabalho) da Comissão Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho e Segurança do Trabalho se houver.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização diária ao segurado, durante o período em que se verificar sua incapacidade temporária decorrente de acidente que não seja considerado risco excluído, ocorrido durante o período de vigência do seguro, ou de doença que não seja considerada um risco excluído, diagnosticada durante o período de vigência do seguro, observada a franquia prevista e o limite máximo de diárias estabelecido por evento.

Para fins desta cobertura, entende-se por incapacidade temporária a impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

O reconhecimento de incapacidade ou invalidez por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, relacionado com sua invalidez permanente total ou parcial;
- b) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c) doenças profissionais, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressaltadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de risco não excluído;
- d) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de risco coberto;
- e) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços

repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

- f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- g) situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, inclusive o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), como “invalidez acidentária”, quando o acidente causador da lesão não corresponder a um risco coberto por este Seguro;
- h) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;
- i) perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do início da cobertura do seguro;
- j) qualquer acidente ou doença que impossibilite o segurado de exercer sua profissão ou ocupação por um período inferior ao estipulado como franquia;
- k) estados de convalescença (após a alta médica);
- l) internação por senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;
- m) hospitalização para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- n) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- o) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- p) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- q) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- r) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a contratação deste seguro, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;
- s) anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;
- t) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- u) instabilidades crônicas (agudizadas ou não de qualquer articulação);
- v) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como:

fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protusões discais degenerativas;

- w) ceratomia (cirurgia para correção da miopia);
- x) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas ou contato com animais;
- y) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- z) doenças mentais, ou qualquer tratamento de psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- aa) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
- bb) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;
- cc) inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina;
- dd) cirurgia para mudança de sexo;
- ee) toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico; e
- ff) quaisquer acidentes que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido nas condições gerais.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT), juntamente com o aviso de sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- cópia do comprovante de exercício da atividade profissional;
- formulário “Notificação de Afastamento das Atividades Profissionais” preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente;
- radiografia e outros exames médicos que tenham sido realizados (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- cópia do termo de curatela definitivo, em casos de invalidez permanente total ou parcial com alienação mental;

- declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente; e
- relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado e comprovando o afastamento.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, limitado ao número máximo de diárias e ao valor da diária contratada para esta garantia, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal que não seja considerado como risco excluído, e ocorrido durante o período de vigência deste Seguro, OU decorrente de doença, diagnosticada durante o período de vigência do Seguro**, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, observado o período de franquia.

A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites máximos de diárias por ano de vigência de seguro estabelecidos nestas condições especiais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, relacionado com sua invalidez permanente total ou parcial;
- b) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando decorrentes de risco excluído;
- d) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (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) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;

- f) doenças, lesões e sequelas preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do segurado quando da contratação e não declaradas na proposta de seguro;
- g) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do segurado, salvo por exigência médica;
- h) estados de convalescença (após a alta médica);
- i) senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;
- j) check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- k) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- l) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- m) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, mesmo que em consequência de acidente;
- n) casos de doenças mentais, ou qualquer tratamento de psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- o) anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;
- p) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
- q) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto, inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- r) toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico; e
- s) ceratomia (cirurgia para correção da miopia).

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
- cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente;
- cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT), juntamente com o aviso de sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação; e
- cópia do termo de curatela definitivo, em casos de alienação mental do segurado.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, limitado ao número máximo de diárias e ao valor da diária contratada para esta garantia, **por causas exclusivamente decorrentes de acidente pessoal que não seja considerado risco excluído, ocorrido durante o período de vigência do seguro, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, observado o período de franquia.**

A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do segurado da UTI, **observados os limites máximos de diárias por ano de vigência de seguro estabelecidos nestas condições especiais.**

Esta cobertura poderá ser contratada de forma isolada ou conjunta com a garantia de Diária por Internação Hospitalar por Acidente.

Não será devida qualquer indenização por esta cobertura quando a internação hospitalar do segurado por acidente não ocorrer em UTI.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) **acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, que der origem à sua internação;**
- b) **acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;**
- c) **quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de risco não excluído;**
- d) **intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma,**

síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando decorrentes de risco excluído;

- e) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- g) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;
- h) estados de convalescença (após a alta médica);
- i) senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;
- j) hospitalização para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- k) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal que não seja considerado risco excluído por este seguro;
- l) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- m) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- n) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
- o) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;
- p) inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- q) toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico;
- r) ceratomia (cirurgia para correção da miopia); e
- s) eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido nas condições gerais.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
- cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente;
- cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT), juntamente com o aviso de sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação; e
- cópia do termo de curatela definitivo, em casos de alienação mental do segurado.

Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização por esta cobertura, o valor devido será pago aos seus herdeiros legais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, limitado ao número máximo de diárias e ao valor da diária contratada para esta garantia, **decorrente de acidente pessoal que não seja considerado como risco excluído, e ocorrido durante o período de vigência deste Seguro, OU por causas decorrentes de doença, diagnosticada durante o período de vigência do seguro**, que não seja considerada risco excluído, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, observado o período de franquia.

A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do segurado da UTI, observados os limites máximos de diárias por ano de vigência de seguro estabelecidos nestas condições especiais.

Esta cobertura poderá ser contratada de forma isolada ou conjunta com a garantia de Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença.

Não será devida qualquer indenização por esta cobertura quando a internação hospitalar do segurado por doença não ocorrer em UTI.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” e seguintes, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) **acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, que der origem à sua internação;**
- b) **acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;**
- c) **intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando decorrentes de risco excluído;**

- d) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (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) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;**
- f) doenças, lesões e sequelas preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do segurado quando da contratação e não declaradas na proposta de seguro;**
- g) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do segurado, salvo por exigência médica;**
- h) estados de convalescença (após a alta médica);**
- i) senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;**
- j) check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;**
- k) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos que não sejam riscos excluídos por este seguro;**
- l) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- m) tratamentos odontológicos de qualquer espécie;**
- n) casos de doenças mentais, ou qualquer tratamento de psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;**
- o) anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;**
- p) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;**
- q) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto, inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;**
- r) toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico; e**

s) ceratomia (cirurgia para correção da miopia).

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 21.2 das Condições Gerais do seguro:

- declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
- cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente;
- cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT), juntamente com o aviso de sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação; e
- cópia do termo de curatela definitivo, em casos de alienação mental do segurado.

Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização por esta cobertura, o valor devido será pago aos seus herdeiros legais.