

ATENÇÃO

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

As garantias adicionais somente poderão ser adquiridas em conjunto com a Básica.

Leia atentamente as condições antes de assinar a Proposta.

CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE DO SEGURO UNIMED DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO (APC) – Capital Global – UNIMED GLOBALVIDA Contratação Coletiva – versão 04/2016

REG. SUSEP Nº 15414.004329/2006-59

1. OBJETIVO

1.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância limitada ao valor do Capital Segurado Individual, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos durante o período de vigência deste seguro, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

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

a) incluem-se nesse conceito:

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

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

b) Não se incluem nesse conceito:

- *as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;*
- *as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;*
- *as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de L.E.R. – Lesão por Esforço Repetitivo ou D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;*
- *as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido neste item;*

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

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

Beneficiários são as pessoas designadas pelo Segurado Principal para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta. No caso da Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente (IPA) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), o beneficiário será o próprio Segurado Principal;

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

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

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

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

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

Condições Especiais é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;

Condições Gerais é o conjunto de cláusulas que regem este seguro, estabelecendo suas características gerais e os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, do Segurado e do(s) Beneficiário(s);

Contrato é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do Plano coletivo e fixa os direitos e obrigações das partes;

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

Estipulante é a pessoa física ou jurídica que contrata o seguro em proveito de grupo que a ela se vincule e fica investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas;

Evento Coberto é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias do Seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nestas Condições Gerais e nas Especiais;

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

Grupo Segurável é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante por relação societária, estatutária ou de emprego, assim como, nas hipóteses de contratação de Cláusulas Suplementares, seus cônjuges ou companheiros e filhos dependentes;

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

Moradia habitual é o lugar onde a pessoa tem sua residência ou domicílio habitual, no Brasil;

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

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

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

Proposta de Contratação é o documento 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 destas Condições Gerais;

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

Riscos Excluídos são riscos não cobertos por este seguro, previstos como tais nestas Condições Gerais;

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

Segurados Dependentes são o cônjuge ou a(o) companheira(o) e os filhos do Segurado Principal, regularmente incluídos no seguro, observado o disposto no item 1.2 da Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge e da Cláusula Suplementar de Inclusão de Filho;

Seguradora é a UNIMED SEGURADORA S/A, Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, registrada na SUSEP sob o número 694-7, que assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela Apólice de Seguro, mediante recebimento do respectivo prêmio;

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

3. COBERTURAS DO SEGURO

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

3.1.1. Cobertura Básica:

Morte Acidental - garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do respectivo Capital Segurado em caso de morte do Segurado causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto pelo seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais disposições contratuais e a legislação aplicável.

3.1.2. Coberturas Adicionais:

- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- Garantia Funeral (GF);
- Morte Acidental Complementar (MAC); e
- Reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO).

3.1.3. Cláusulas Suplementares:

- Inclusão Automática de Cônjuge e
- Inclusão Automática de Filho

3.2. Quando o Segurado tiver idade inferior a 14 (quatorze) anos, ele fará jus exclusivamente às coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, se contratadas. Em caso de morte, esta cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

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

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

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa, ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;**
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo, ou outras perturbações de ordem pública ou delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos a contar do início do risco individual, ou do aumento do capital segurado quanto ao valor aumentado;**
- d) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- e) prática por parte do Segurado, dos beneficiários ou pelo representante de um e de outro, de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo;**
 - e.1) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes;**
- f) atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, aeronaves e similares, sem a devida habilitação legal;**
- g) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;**
- h) agravação intencional do risco por parte do Segurado e**
- i) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo.**

4.2. Além dos riscos mencionados no item 4.1, estão também expressamente EXCLUÍDOS das coberturas deste seguro, os eventos consequentes de:

- a) doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, exceto as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, exceto se decorrentes de acidente coberto;**
- c) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;**
- d) parto ou aborto e suas consequências, exceto quando diretamente decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- e) perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações causadas pela ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos, em decorrência de acidente pessoal coberto;**
- f) choque anafilático e suas consequências, salvo se o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto;**
- g) envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas, exceto os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**
- h) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Contínuo ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- i) acidentes ocorridos em consequência de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade, em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transportes ou de condução de autoridades ou de passageiros, em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, em aeronaves não homologadas, experimentais, excetuando-se os casos de utilização de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- j) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;**
- k) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto e**

- l) eventos excluídos do conceito de Acidente Pessoal constante do item 2 destas Condições Gerais.*

4.3. Além dos riscos acima especificados, estão também excluídos os eventos expressamente mencionados nas Condições Especiais das coberturas adicionais eventualmente contratadas.

5. ACUMULABILIDADE DE INDENIZAÇÕES

5.1. As indenizações por morte e por invalidez permanente decorrentes do mesmo acidente 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 morte, deduzida a importância já paga por invalidez**, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para morte.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1. Este seguro abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO

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

7.1. Aceitação da Proposta de Contratação

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

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

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

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

7.1.3.1. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise da Proposta, o **prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente a data do recebimento, pela Seguradora, das informações adicionais.** A solicitação de informações adicionais ou de documentos complementares, para análise e aceitação do risco, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 7.1.3.

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

7.1.5. Aceita a proposta pela Seguradora, a apólice será emitida e enviada ao Estipulante.

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

7.1.7. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora **não implica na aceitação da Proposta de Contratação, devendo-se observar o disposto no item 7.1.3 destas Condições Gerais.**

7.2. Aceitação e Inclusão dos Segurados

7.2.1. Somente integrarão o Grupo Segurado os componentes do Grupo Segurável que, no dia fixado para início do respectivo risco individual:

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

7.2.2. Os componentes do Grupo Segurável que estiverem licenciados ou afastados do trabalho na data da contratação deste Seguro, e admitidos durante o período de vigência, somente passarão a integrar o Grupo de Segurados no mês subsequente ao do retorno do trabalho ou de sua admissão pelo Estipulante, respectivamente, observado o disposto no item 7.2.1.

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

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

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

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1. Vigência e Renovação da Apólice

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

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

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

8.1.3.1. A renovação automática, prevista no item 8.1.3 só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

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

8.1.5. O início e o término de vigência da Apólice, dos Endossos e dos Certificados Individuais se darão às 24 horas da data neles expressas para tal fim.

8.2. Vigência do Risco Individual

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

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

9. CARÊNCIA E FRANQUIA

9.1. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente, exceto para a hipótese de suicídio ou sua tentativa ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos a contar do início do risco individual.

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

10. CUSTEIO DO SEGURO

10.1. Para fins deste Seguro, o custeio será não contributivo, ou seja, os prêmios serão pagos exclusivamente pelo Estipulante, sem qualquer contribuição dos Segurados.

11. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

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

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

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

11.1.3. Somente os prêmios do período já decorrido serão cobrados ou abatidos da indenização, sendo indevido qualquer prêmio relativo ao período restante de vigência da apólice.

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

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

12. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

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

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

12.1.2. O não pagamento do débito dentro do prazo constante do novo documento de cobrança acarretará o cancelamento automático do Seguro, não sendo permitida a reabilitação das coberturas, sem prejuízo da cobrança, pela Seguradora, dos prêmios não pagos.

12.2. Os sinistros ocorridos durante o período de mora, até a data concedida para pagamento do prêmio em atraso, serão indenizados, **mediante o pagamento do(s) prêmio(s) em aberto ou seu abatimento da indenização a ser paga ao Segurado ou seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, com os encargos previstos no item 12.1.1.**

13. CAPITAL SEGURADO GLOBAL

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

13.2. Para efeitos de apuração do valor a ser pago pela Seguradora em caso de sinistro, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do evento.

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

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

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

14. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

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

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

15. REVISÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

15.1. Os Capitais Segurados serão estabelecidos na Proposta de Contratação e no Contrato, e poderão ser revistos a qualquer momento a pedido do Estipulante, com a revisão proporcional do valor do prêmio.

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

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

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

16. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

16.1. Os Capitais Segurados de todas as coberturas contratadas, bem como os respectivos prêmios, serão atualizados anualmente, no aniversário da contratação, segundo a variação positiva do IPC-A/IBGE, apurada nos últimos 12 (doze) meses, imediatamente anteriores a 60 (sessenta) dias da data da atualização.

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

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

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

17. DATA E OCORRÊNCIA DO EVENTO

17.1. Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo Seguro, deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora, pelo Corretor, pelo Segurado, ou por seus beneficiários, logo que o saibam, devendo constar da comunicação a data, hora, local e causa do evento, observado o disposto no item 18 destas Condições Gerais.

18. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

18.1. Observado o disposto no item 17 destas Condições Gerais, para o recebimento da indenização, **deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.**

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

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

18.3. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para sua cura completa.

18.4. O pagamento de qualquer Capital Segurado ou Indenização decorrente do presente seguro será efetuado, de uma única vez, em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos relacionados abaixo, observado o disposto no item 18.7 e seguinte destas Condições Gerais:

- Aviso de Sinistro, contendo Declaração do Médico Assistente, indicando causa do evento, com firma reconhecida;
- Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência do Segurado sinistrado;
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado;
- Cópia da CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho;
- Cópia do TC – Termo Circunstanciado ou do BO – Boletim de Ocorrência Policial (em caso de morte acidental);
- Cópia do laudo do I.M.L. (em caso de morte acidental);
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (se realizado);
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);

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

- Diagnóstico
- Alta definitiva
- Tratamento usado

- Grau de invalidez
- Reconhecimento do estado de Invalidez Permanente Total ou Parcial.

18.4.2. Para a Cobertura de Reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), quando contratadas, além dos documentos listados no item 18.4 destas Condições Gerais, (exceto cópia da Certidão de Óbito e cópia do Laudo do IML, que devem ser enviados exclusivamente em caso de óbito), o Segurado deverá providenciar os seguintes documentos originais, conforme o caso:

a) Consulta Médica e/ou Odontológica: Recibo do médico e/ou dentista, ou Nota Fiscal quitada, da instituição que efetuou o atendimento, contendo:

- nome do paciente;
- data da consulta;
- valor cobrado (numérico e por extenso);
- descrição do tipo de atendimento/especialidade;
- dados do médico e/ou dentista: nome, CPF, CRM ou CRO, especialidade, assinatura e endereço completo;

b) Exames Laboratoriais e Radiológicos: pedido do médico assistente e/ou dentista, acompanhado da Nota Fiscal quitada da instituição que efetuou o atendimento, contendo:

- nome do paciente;
- data do atendimento;
- valor cobrado (numérico e por extenso);
- nome de cada exame realizado, com o respectivo valor unitário e região corpórea (exame por imagem).

c) Terapias realizadas em sessões: obrigatoriedade de apresentação do relatório do médico solicitante, informando:

- diagnóstico.
- tratamento proposto ou evolução e continuidade do tratamento, acompanhando o recibo ou da Nota Fiscal quitada que deverá conter:
- nome do paciente;
- data do atendimento;
- valor cobrado (numérico e por extenso);
- descrição do tipo de atendimento, e
- dados do Prestador: Nome, CPF/MF, número de inscrição no Conselho Regional, especialidade, endereço completo e assinatura.

d) Despesas Hospitalares:

a) Relatório emitido pelo médico assistente informando diagnóstico de existência da doença, tratamento realizado, período de internação e quantidade de visitas hospitalares;

b) Cópias dos laudos se forem realizados exames de imagem;

c) Nota Fiscal quitada da entidade hospitalar, a qual deverá constar:

- nome do paciente;

- data do evento;
- período da internação;
- valor cobrado (numérico e por extenso);
- descritivo com valores (numérico e por extenso) e quantidades individuais das despesas, inclusive taxas, diárias, serviços complementares, materiais e medicamentos;
- recibos de honorários médicos e/ou odontológicos individualizados contendo os dados do profissional (cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador, visita hospitalares e demais honorários médico e/ou odontológicos): descrição da equipe com nome, CRM e/ou CRO, função exercida no evento, valor e assinatura).

e) Próteses e órteses, exclusivamente ligadas ao ato cirúrgico:

- Relatório médico e/ou odontológico justificando a implantação da prótese e/ou órtese;
- Nota Fiscal quitada do prestador, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso) e descrição da prótese e/ou órtese;

18.4.3. Para a Cobertura Adicional de Garantia Funeral (GF), quando contratada, além dos documentos listados no item 18.4 acima, o reembolso será feito a quem realizou as despesas previstas neste seguro, que deverá enviar mais os seguintes documentos:

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

18.4.3.1. No caso de crédito em conta corrente, o credor do reembolso deverá enviar solicitação formal para crédito em conta, informando os dados da conta corrente: número e nome do banco, número e nome da agência e número da conta corrente.

18.4.3.2. Na ocorrência de evento em que o sinistrado seja o estagiário, além dos documentos básicos listados no item 18.4. das Condições Gerais, também serão necessários:

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

18.4.4. Documentação para habilitação do(s) beneficiário(s), em caso de falecimento do Segurado:

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

No caso de menores de idade ou incapazes:

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

18.4.5. Para a cobertura de Morte Acidental Complementar, quando contratada, serão observadas as exigências de documentos elencados no item 18.4 destas Condições Gerais.

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

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

18.7. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

18.7.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, não relacionados no item 18.4 e seguintes, **o prazo de 30 (trinta) dias previsto nesse mesmo item será suspenso**, voltando a correr a partir do dia útil subsequente a data do recebimento, pela Seguradora, da documentação complementar.

18.8. Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item 18.4, a Seguradora pagará o valor da indenização devido, acrescido de:

- juros de mora de 0,5% (meio por cento), ao mês, contados a partir do término do prazo previsto no item 18.4 destas Condições Gerais;
- atualização monetária pela variação positiva do IPC-A/IBGE, aplicada a partir da data do evento coberto, variação esta apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação e

- multa de 2% (dois por cento);

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

19. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

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

- a) inobservância da lei e das obrigações convencionadas neste Seguro;**
- b) dolo, fraude ou tentativa de fraude, simulação ou culpa grave, ou falta ao dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro, para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado ou beneficiário tentarem obter vantagem indevida com o sinistro;**
- c) inobservância do artigo 768 do Código Civil, o qual dispõe que o Segurado perderá o direito à garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato e**
- d) não fornecimento da documentação solicitada.**

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

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

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

19.3.1. O cancelamento do seguro referido no item 19.3 se dará **30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora ao Segurado ou ao Estipulante**, conforme o caso, devolvendo, se houver, a diferença do prêmio proporcional ao período a decorrer.

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

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

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

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

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

20. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

20.1. O Segurado Principal poderá livremente e a qualquer tempo indicar, por escrito, o(s) Beneficiário(s) que desejar, podendo ainda incluir outros ou substituir as indicações anteriores, ressalvadas as restrições legais.

20.1.1. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários feita pelo Segurado, **desde que comprovadamente entregue à Seguradora antes do pagamento do Capital Segurado** a quem de direito. **Será válido o pagamento feito pela Seguradora se realizado antes de receber a comunicação da alteração de beneficiário.**

20.2. A substituição só poderá ser efetuada se o Segurado Principal não tiver renunciado previamente a essa faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação.

20.3. Não havendo expressa indicação de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, o Capital Segurado Individual será pago de acordo com a legislação em vigor.

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

20.3.2. Para o caso de morte de Segurado Dependente, incluído automaticamente por Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge ou de Filho, o beneficiário será sempre o Segurado Principal.

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

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

21. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

21.1. A cobertura de cada Segurado cessará:

- a) com o cancelamento, ou com o final de vigência sem renovação, da Apólice que instrumentaliza o contrato celebrado entre Estipulante e Seguradora, respeitado o período correspondente ao prêmio pago;
- b) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante, observado o disposto no item 21.2 destas Condições Gerais;
- c) quando o Segurado Principal solicitar sua exclusão da Apólice, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo;
- d) com o falecimento do Segurado Principal ou com o recebimento do Capital Segurado Individual em caso de caracterização de Invalidez Permanente Total por Acidente;
- e) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item 22 destas Condições Gerais.

21.1.2. Em caso de pagamento de prêmio após a cessação da cobertura, a Seguradora procederá à devolução dos respectivos valores atualizados pela variação positiva do IPC-A/IBGE, acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento), ao mês, computados da data do pagamento até a data da efetiva restituição.

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

22. CANCELAMENTO DO SEGURO

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

- a) por falta de pagamento de qualquer fatura do prêmio, observado o disposto no item 12 destas Condições Gerais;**
- b) se houver dolo, culpa grave, prática ou tentativa de fraude por parte do Estipulante, durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;**
- c) se o Estipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;**
- d) quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora, durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;**
- e) por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que com anuência de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.**

e.1) Desde que aceite pela Seguradora, para que o pedido de cancelamento por parte do Estipulante, seja efetivado dentro do mês de competência da respectiva solicitação, deverá o Estipulante protocolá-lo, junto à Seguradora, contendo a anuência de $\frac{3}{4}$ do Grupo Segurado, antes dos 20 dias (corridos) que antecedem o vencimento da próxima fatura dos prêmios. Caso o requerimento seja apresentado após tal prazo, o cancelamento será efetivado somente no mês subsequente ao da solicitação, devendo o Estipulante efetivar o pagamento da fatura do mês competente.

22.2. O Seguro também será cancelado:

- a) automaticamente, se o Segurado, seus representantes, dependentes ou beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;**

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

22.3. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

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

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

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

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

23. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

23.1. O Segurado autoriza expressamente a Seguradora a obter, a qualquer tempo, por intermédio de seu Departamento Médico, informações e documentação acerca do evento ou do atendimento a ele prestado, mesmo que ocorrido anteriormente à contratação do seguro. Autoriza, ainda, a Seguradora a utilizar, em qualquer época, as declarações por ele prestadas, no amparo e na defesa dos direitos daquela, sem caracterizar ofensa ao sigilo profissional.

23.1.1. Para que a Seguradora obtenha as informações e documentação, necessárias à elucidação de qualquer assunto que se relacione com o presente seguro, inclusive, dados sobre a evolução de qualquer lesão ou patologia, o Segurado dispensa médicos, clínicas e hospitais de qualquer dever de sigilo profissional.

24. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

24.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

24.1.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

24.1.2. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

25. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

25.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais, nas Cláusulas Suplementares e no Contrato, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

- fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- pagar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

- discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- dar ciência aos Segurados de todos os termos destas Condições Gerais, das Condições Especiais das Coberturas Adicionais e das Cláusulas Suplementares, enviando-lhes cópia integral;
- comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante e
- fornecer à Seguradora, ao Segurado ou aos seus beneficiários os documentos necessários para apuração do capital segurado individual.

26. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO

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

27. ALTERAÇÕES DO CONTRATO

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

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

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

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

28. PRAZOS PRESCRICIONAIS

28.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

29. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

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

29.5. Este seguro é estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, método através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados nesse mesmo período, não havendo reserva técnica individualizada e inexistindo a possibilidade de devolução ou resgate de qualquer valor ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, a este título, caso haja ocorrência de sinistro em período de carência, inclusive em caso de suicídio do Segurado, ou sua tentativa, ocorridos nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro, contados da data de inclusão do segurado ao seguro.

30. FORO

30.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do Beneficiário, conforme o caso, para o processamento de quaisquer questões judiciais entre o Segurado ou beneficiário e a Seguradora.

30.1.1. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item 30.1.

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

1. OBJETIVO

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

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

1.3. A indenização será paga de acordo com a tabela constante do item 6 destas Condições Especiais, calculadas as percentagens sobre o Capital Segurado vigente no dia do acidente, não prevalecendo qualquer aumento do seguro efetuado posteriormente.

1.4. No caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido, à percentagem prevista na tabela para a perda total do membro, órgão ou parte atingida.

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

1.6. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, **sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado**

contratado para esta cobertura; havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes **não poderá exceder ao percentual de indenização prevista para a sua perda total.**

1.7. A perda ou o agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já comprometido e/ou lesionado antes do acidente não dá direito a indenização, salvo quando previamente declarado pelo Segurado, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.

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

2. CONCEITO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

4.1. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente prevista nestas Condições Especiais, será comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade, juntamente com os demais documentos elencados nos itens 18.4 e 18.4.1 das Condições Gerais.

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

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

4.4. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item 24 das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

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

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

5.2.1. Não haverá reintegração de Capital Segurado em caso de caracterização de Invalidez Permanente Total por Acidente, hipótese em que a cobertura de que trata estas Condições Especiais será automaticamente cancelada após o seu pagamento pela Seguradora.

5.2.2. Caso o Segurado venha a se tornar totalmente inválido, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização por Invalidez Permanente Parcial, será deduzido do capital previsto nesta cobertura o percentual já pago para invalidez parcial.

5.3. Na hipótese de falecimento do Segurado após o pagamento do percentual cabível previsto no item 6 destas Condições Especiais, em decorrência do mesmo acidente, o valor da indenização ficará limitado à diferença entre a importância paga pela Seguradora e o Capital Segurado contratado para a cobertura de morte acidental.

5.4. Para efeitos de apuração do valor a ser pago pela Seguradora em caso de sinistro, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do evento.

5.4.1. Considera-se como **data do evento**, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, quando da liquidação de sinistro, a data da ocorrência do acidente.

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

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	
DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSAS	
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20

Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS INFERIORES	
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	equivalente ½ do respectivo dedo
- Perda dos demais dedos	equivalentes a ⅓ do respectivo dedo
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- De 4 (quatro) centímetros	10
- De 3 (três) centímetros	06

- Menos de 3 (três) centímetros	sem indenização
DIVERSAS	
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
Em grau mínimo	10
Em grau médio	20
Em grau máximo	30
NARIZ	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	
Diplopia	15
Lesões das vias lacrimais:	
Unilateral	07
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris:	

Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial - menos de 50%	15
mais de 50%	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA	

A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

APARELHO URINÁRIO	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
Cistostomia (definitiva)	30
Incontinência urinária permanente	30
Perda de um rim:	
Função renal preservada	30
Redução da função renal (não dialítica)	50
Redução da função renal (dialítica)	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	10
PESCOÇO	

Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	

Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva.	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FÍGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
Extirpação da vesícula biliar	07
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05
PERDA DO BAÇO	
	15

7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. O pagamento do Capital Segurado observará o disposto no item 18 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 18.4 e 18.4.1.

8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

- **simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica, ou**
- **em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cobertura for contratada após o início de vigência da Apólice.**

8.2. Esta Cobertura termina:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente Cobertura adicional;**
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;**
- c) com o recebimento do Capital Segurado em razão de Invalidez Permanente Total.**

9. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

9.1. Esta Cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 21 e 22 das Condições Gerais, observado o disposto no item 8.2 destas Condições Especiais.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A COBERTURA ADICIONAL DE GARANTIA FUNERAL (GF)

1. OBJETIVO

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

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

2. CONCEITO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

4. COBERTURAS

4.1. O responsável ou responsáveis pelo funeral poderá(ão) optar exclusivamente pelo reembolso **OU** pela prestação do serviço de sepultamento e/ou cremação do

segurado, por meio de rede credenciada à Seguradora, respeitado os limites e critérios estabelecidos nas condições contratuais.

4.1.1. A opção pela utilização da Prestação de Serviço de Assistência Funeral deve ser feita mediante comunicação ao Serviço de Assistência 24 horas pelos telefones constantes do Manual do Segurado, observadas as disposições da Cláusula de Cobertura Serviços de Assistência Funeral – Anexo I, não cabendo qualquer reembolso ao beneficiário em caso de utilização desta opção, posto que os custos desses serviços correrão por conta da Seguradora.

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

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

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

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

5. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

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

5.2. Para efeitos de apuração do valor a ser pago pela Seguradora em caso de sinistro, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do evento.

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

6. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO (REEMBOLSO)

6.1. Caso não seja utilizada a Prestação de Serviços de assistência ao Funeral (Anexo I), o reembolso devido por esta Cobertura será realizado conforme disposto no item 18 das Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 18.4 e 18.4.3 das respectivas Condições Gerais.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

7.1. O reembolso, limitado ao Capital Segurado, contemplará as despesas de sepultamento em território brasileiro, para a morte do Segurado ocorrida em qualquer parte do globo terrestre.

8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

- **simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica, ou**
- **em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Garantia for contratada após o início de vigência da Apólice.**

8.2. Esta Cobertura termina:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Garantia Básica ou da presente Cobertura adicional;**
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;**
- c) com o recebimento das despesas com funeral, em razão de morte do Segurado.**

9. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

9.1. Esta Cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 21 e 22 das Condições Gerais, observado o disposto no item 8.2 destas Condições Especiais.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÕES

2.1. Aplicam-se a esta Cláusula as definições constantes do item 2 das Condições Gerais.

3. SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

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

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

- Urna / Caixão
- Carro para enterro (no município de moradia habitual)
- Carreto / caixão (no município de moradia habitual)
- Registro de óbito
- Taxa de sepultamento (valor equivalente ao velório do município) ou de cremação observado o disposto no item 3.2.1 abaixo.
- Remoção do corpo (no município de moradia habitual)
- Paramentos
- Aparelho ozona
- Mesa de condolências
- Velas
- Taxa de velório (valor equivalente ao custo do velório do município)
- Véu
- Enfeite floral e coroa
- Tanatopraxia (técnica, semelhante ao embalsamento, que consiste na aplicação de líquido conservante e desinfetante, para que o corpo seja preservado por mais tempo, quando necessário devido à causa “mortis”);

- **Locação de jazigo, exclusivamente em cemitério público, por um período de 3 ou 5 anos, conforme legislação local.**

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

- a) que o pedido de cremação tenha sido expressamente formalizado em vida pelo Segurado Principal ou, se não houver esse pedido, após o seu óbito mediante apresentação de Declaração de Cremação, emitida por instrumento público, a pedido de 02 (dois) familiares do Segurado, preferencialmente na seguinte ordem: cônjuge, ascendentes, descendentes (maiores e capazes), irmãos (maiores e capazes) e na presença de 02 (duas) testemunhas;**
- b) que o atestado de óbito seja assinado por 02 (dois) médicos; e**
- c) que o serviço de cremação esteja disponível no local de falecimento do Segurado ou da sua moradia habitual.**
 - c.1) quando não houver serviço de cremação no local da moradia habitual do Segurado, o valor das despesas de traslado do corpo, do local de falecimento até o local da cremação deverá ser assumido pelos familiares do Segurado.**

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

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

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

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente EXCLUÍDOS desta Cobertura os eventos previstos da Cláusula 4 das Condições Gerais, bem como aquelas constantes do item 3 das Condições Especiais da Cobertura Adicional de Garantia Funeral.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

6. OPERACIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

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

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

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

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

- a) Em caso de falecimento e sepultamento no município de moradia habitual, no Brasil:**
- dirigir-se-á à residência/hospital etc., e recepcionará todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município;
 - irá até a funerária do município e tomará todas as providências necessárias à realização do funeral;
 - retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a das providências tomadas.
- b) Em caso de falecimento no município de moradia habitual, no Brasil, e sepultamento em outro município, no Brasil:**
- dirigir-se-á à residência/hospital etc., e recepcionará todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município;
 - irá até a funerária do município e tomará todas as providências necessárias

- para a realização do funeral;
- retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a das providências tomadas.
- b.1) No caso de falecimento no município de moradia habitual, no Brasil, e sepultamento em outro município, no Brasil, o traslado NÃO estará coberto, ficando as despesas e respectiva documentação sob a responsabilidade da família, que deverá tomar todas as providências com relação ao sepultamento em outro município.**
- c) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual, no Brasil:**
- O Serviço de Assistência tomará todas as providências e custeio quanto ao traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de moradia habitual, onde será prestada também a assistência ao sepultamento, conforme previsto na alínea “a” deste item.
- d) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual, no Brasil, e sepultamento em outro município, no Brasil:**
- O Serviço de Assistência prestará a assistência no local do óbito, preparando toda documentação necessária para o traslado do corpo, bem como o sepultamento em outro município.
 - As despesas realizadas com o traslado do corpo estarão **limitadas aos valores que seriam despendidos para o traslado à sua moradia habitual, no Brasil, ficando o excedente por conta dos familiares.**

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

7. CANCELAMENTO DESTA CLÁUSULA

7.1. Esta Cláusula será cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 21 e 22 das Condições Gerais, observado o disposto no item 8.2 das Condições Especiais da Cobertura Adicional de Garantia Funeral.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL COMPLEMENTAR (MAC)

1. GARANTIA

1.1. A presente Cobertura Adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização complementar ao(s) beneficiário(s) do Segurado, em caso de morte do Segurado Principal causada, exclusivamente, por acidente pessoal, correspondente ao valor do Capital Segurado Individual contratado, **ressalvados os riscos excluídos e desde que respeitados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.**

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

2. CONCEITO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

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

4.2. Para efeitos de apuração do valor a ser pago pela Seguradora em caso de sinistro, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do evento.

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

5. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O pagamento do Capital Segurado Individual devido por esta Cobertura observará o disposto no item 18 das Condições Gerais, devendo o beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 18.4, 18.4.4 e 18.4.5.

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

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

6.2. Esta Cobertura termina:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente Cobertura Adicional;**
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;**
- c) quando o Segurado solicitar por escrito a sua exclusão da Apólice e;**
- d) no caso de morte do Segurado, com o pagamento do Capital Segurado Individual ao(s) beneficiário(s) do Segurado.**

7. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

7.1. Esta Cobertura Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 21 e 22 das Condições Gerais, observado o disposto no item 6.2 destas Condições Especiais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – DMHO

PODE SER CONTRATADA SOMENTE PARA O SEGURADO PRINCIPAL, COMO ADICIONAL À COBERTURA BÁSICA

1. OBJETIVO

1.1. A presente Cobertura Adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o pagamento do respectivo reembolso, ao Segurado Principal, **limitado ao capital segurado contratado**, em caso de atendimento médico, hospitalar e odontológico, **efetuadas exclusivamente pelo Segurado Principal para seu tratamento, sob orientação médica e odontológica, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, observados os demais itens desta Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições constantes do item 2 das Condições Gerais, aplicam-se a esta Cobertura, prevalecendo sobre outras que as contrariem, as seguintes definições:

- **Capital Segurado** é o valor máximo a ser reembolsado, em caso de realização de despesas de atendimento médico, hospitalar e/ou odontológico ao Segurado Principal, em decorrência de acidente pessoal coberto. **Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;**
- **Credor do Reembolso** é o próprio Segurado Principal; em casos previamente acordados entre as partes contratantes, poderá ser credora do reembolso a pessoa física ou jurídica que tenha realizado o pagamento das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas do Segurado Principal, e em cujo nome esteja as Notas Fiscais ou Faturas competentes;
- **Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas** são aquelas decorrentes da hospitalização do Segurado Principal para tratamento clínico, cirúrgico ou odontológico, em decorrência de evento que exija atendimento médico-hospitalar ou odontológico imediato (emergência ou urgência) ou de evento programado com antecedência (eletivo), desde que decorrente de acidente pessoal coberto;
- **Médico/Dentista Assistente** é o profissional médico/dentista, que atende (assiste) o Segurado Principal, sendo responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica/odontológica;

- **Reembolso** é o valor a ser pago ao Segurado Principal, a título de reposição das despesas realizadas para o seu atendimento médico, hospitalar e odontológico, decorrente de acidente pessoal coberto, limitado ao Capital Segurado contratado.

3. CONCEITO

3.1. Aplica-se a esta Cobertura o conceito de Acidente Pessoal constante do item 2 das Condições Gerais.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. **Estão expressamente cobertos os riscos das lesões acidentais previstas no item 2, alínea "a", das Condições Gerais.**

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais, estão também expressamente **EXCLUÍDOS** desta Cobertura Adicional, os eventos decorrentes de estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes e os aparelhos que se referem à órtese de qualquer natureza e prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

5.2. **Estão ainda expressamente EXCLUÍDAS** desta Cobertura Adicional as despesas médicas, hospitalares e odontológicas decorrentes de:

- a) Aluguel ou aquisição de todo tipo de equipamentos e aparelhos hospitalares, aparelhos estéticos ou protéticos, óculos, aparelhos ortopédicos, ortofônicos, válvulas, órteses e próteses não ligadas ao ato cirúrgico (intra-operatório), bem como próteses de propulsão mioelétrica, de propulsão pneumática, híbridas alteradas por princípio muscular e outras do gênero;*
- b) cirurgias plásticas e tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social;*
- c) enfermagem, seja em regime hospitalar ou domiciliar;*
- d) procedimentos realizados antes do início de vigência desta Cobertura;*
- e) internações, tratamentos, exames, terapias, consultas, medicamentos e cirurgias experimentais ainda não reconhecidas pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;*

- f) outros itens não necessários ao tratamento médico-hospitalar e odontológico (telefonemas, alimentação não fornecida pelo hospital, utilização de frigobar;*
- g) televisor, fornecimento de material de toalete e perfumaria em geral, etc.);*
- h) procedimentos médicos, hospitalares e odontológicos não prescritos ou solicitados pelo Médico e/ou Dentista Assistente;*
- i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, bem como lesões ou patologias resultantes da prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários a lei.*

6. COBERTURA

6.1. Esta Cobertura Adicional consiste no pagamento do reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas relativas ao atendimento do Segurado, em consequência de acidente pessoal coberto, efetuadas exclusivamente pelo Segurado Principal para seu tratamento, **desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do evento, sob orientação médica-odontológica, observadas as condições contratuais.**

6.1.1. Os Capitais Segurados (limites de reembolso) contratados, bem como os respectivos prêmios estarão expressos na Apólice, no Contrato e na Proposta de Contratação.

6.2. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

7. DATA DO EVENTO

7.1. Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência do atendimento médico, hospitalar e odontológico, desde que decorrente de acidente coberto e ocorrido na vigência do seguro.

8. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

8.1. O evento coberto pela presente Cobertura será comprovado mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica ou odontológica apta a essa finalidade.

8.2. É facultado a Seguradora submeter o Segurado a exame(s) objetivando apurar a configuração do evento, sendo que a recusa, pelo Segurado, ensejará a perda do direito.

8.3. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da necessidade dos atendimentos objeto do reembolso deverão ser submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item 24 das Condições Gerais.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1. O Capital Segurado por esta Cobertura estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

9.2. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, respeitados os valores de reembolso contratados.

9.3. Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização prevista nesta Cobertura, não haverá dedução do valor contratado para a Cobertura Básica.

10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 18 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 18.4 e 18.4.2.

11. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

11.1. Esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados:

- **simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica, ou**
- **em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cobertura for contratada após o início de vigência da Apólice.**

11.2. Esta Cobertura termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente Cobertura;**
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;**
- c) com o falecimento do Segurado.**

12. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

12.1. Esta Cobertura poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 21 e 22 das Condições Gerais, observado o disposto no item 11.2 destas Condições Especiais.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

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

1.2. Para os efeitos desta Cláusula, equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do(a) Segurado(a) solteiro(a), viúvo(a), desquitado(a), separado(a) judicialmente ou de fato ou divorciado(a), desde que comprovada a união estável, por ocasião da ocorrência do sinistro.

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

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

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

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

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

3. CAPITAIS SEGURADOS

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

3.2. Para efeitos de apuração do valor a ser pago pela Seguradora em caso de sinistro, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do evento.

4. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

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

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

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

5.1. A cobertura prevista nesta Cláusula começará a vigorar:

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

5.2. O término de vigência desta Cláusula observará o disposto no item 22.5 das Condições Gerais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHO

1. OBJETIVO

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

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

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

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

1.3. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, **incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros, conforme disposto no item 3.2 das Condições Gerais.**

1.4. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais, do mesmo Grupo Segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta Cláusula, conforme disposto no item 7.2.5. das Condições Gerais.

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

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

2.2. Somente serão aceitos como Segurados Dependentes os filhos do Segurado Principal que, na data do início do risco individual:

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

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

4. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

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

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

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

5.1. A cobertura prevista nesta Cláusula começará a vigorar:

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

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

6.2. O término de vigência desta Cláusula observará o disposto no item 22.5 das Condições Gerais.

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

• CENTRAL DE RELACIONAMENTO

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

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

e-mail: atendimentoprodutos@segurosunimed.com.br

• ÁREA DE RELACIONAMENTO E RELAÇÕES EMPRESARIAIS

Exclusivo para atender às necessidades dos clientes pessoa jurídica.

e-mail: relacionamento@segurosunimed.com.br

• FALE CONOSCO

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

www.segurosunimed.com.br

• OUVIDORIA

A Seguros Unimed, sempre preocupada em garantir a satisfação de seus clientes, instituiu a Ouvidoria, que tem como principal função estreitar o relacionamento com os clientes, mediante a defesa dos seus direitos, esclarecendo-os dos seus direitos e deveres, com o propósito de prevenir e solucionar conflitos.

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

Ela não substitui e nem invalida a atuação dos canais de atendimento hoje existentes na Companhia, mas está sempre pronta a atendê-lo caso não tenha obtido sucesso em seu pedido e/ou reclamação junto aos outros canais como: Fale Conosco, Central de Relacionamento e outras áreas competentes.

Por meio da Ouvidoria, os clientes podem apresentar suas solicitações que são: as manifestações, reclamações, consultas, comentários, críticas, sugestões e elogios.

✓ Quem pode recorrer à Ouvidoria da Seguros Unimed:

Todos os segurados (Pessoas Físicas e Jurídicas), seu representante legal, procurador, beneficiários, corretores (atuando em nome dos segurados), que tenham esgotado as tentativas de solução do problema junto aos demais canais de comunicação da empresa, e que não concordem com a decisão adotada pela área responsável e/ou não obtiveram sucesso em seus pleitos junto a Seguros Unimed, e ainda, que não tenham recorrido à esfera judicial.

✓ **Como e onde recorrer:**

As manifestações direcionadas à Ouvidoria Seguros Unimed, podem ser efetuadas preferencialmente por escrito, contendo, no mínimo:

- o nome do segurado, CPF ou CNPJ, ramo do seguro, número da apólice/proposta, número do sinistro (se houver), descrição detalhada do assunto, telefone, e-mail e endereço para contato.

✓ **As manifestações podem ser enviadas das seguintes formas:**

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

Por e-mail: ouvidoria@segurosunimed.com.br

Por carta, diretamente à Ouvidoria da Seguros Unimed, endereçada à:

Seguros Unimed - Ouvidoria

Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346

Cerqueira César - São Paulo - SP

CEP:01410-901

Por telefone: 0800 001 2565, no horário das 9 às 18 horas em dias úteis.

Presencial, com atendimento no horário das 9 às 18 horas, em dias úteis, na sede da Seguros Unimed localizada na:

Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346

Cerqueira César - São Paulo - SP

CEP:01410-901