

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL PLUS

Processo SUSEP 15414.002640/2006-63

1. CONCEITOS

1.1 Acidentes Pessoais

Para fins deste seguro, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte ou a Invalidez Permanente Total ou Parcial, do Segurado ou torne necessário tratamento médico.

1.1.1 Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

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

1.1.2 Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste seguro:

- a) as doenças (incluídas as profissionais), moléstias ou enfermidades, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes não cobertos;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetidos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relações de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: lesão por Esforços Repetitivos – LER, lesões Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, os similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização da invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 1.1

1.2 Apólice

É o documento emitido pela Sociedade Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

1.3 Beneficiário

É a pessoa física ou jurídica a favor da qual é devida a indenização em caso de morte do Segurado.

1.4 Capital Segurado

É a importância máxima a ser paga ao Segurado ou Beneficiário em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

1.5 Carência

É o período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

1.6 Condições Gerais

Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do estipulante.

1.7 Corretor de Seguro

É o profissional, escolhido diretamente pelo Segurado, devidamente habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros remunerados, mediante comissões estabelecidas na tarifas.

1.8 Estipulante

É a pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que contrata a apólice, ficando investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Sociedade Seguradora.

1.9 Evento Coberto

É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais.

1.10 Garantias

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.

1.11 Indenização

É o valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um **evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.**

1.12 Início de Vigência

É a data de aceitação da Proposta de Contratação ou, se anterior, a data de pagamento do respectivo prêmio, desde que este pagamento decorra de ato inequívoco de aceitação da Seguradora.

1.13 Limite Técnico

É o limite de importância segurada que a Seguradora assumirá em cada seguro específico, o qual é determinado pela própria Seguradora.

1.14 Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

1.15 Nota Técnica Atuarial

É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

1.16 Prêmio

É a importância paga pelo Segurado à Seguradora para que esta garanta o risco contratado.

1.17 Processo SUSEP

É o registro deste plano na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), o que não implica por parte da autarquia algum incentivo ou recomendação à sua comercialização.

1.18 Proponente

É a pessoa que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

1.19 Proposta de Contratação

É o documento que contém a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

1.20 Renda Certa

A renda certa é uma forma de indenização proporcionada ao(s) Beneficiário(s) ou ao próprio Segurado, em que o pagamento da cobertura pela Morte ou Invalidez Total por Acidente deste, será feito em no máximo 24 (vinte e quatro) parcelas, distribuídas por um certo período, antecipadamente determinado pelo Segurado na contratação do seguro.

1.21 Riscos Excluídos

São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

1.22 Segurado

É a pessoa física com idade mínima entre 16 (dezesesseis) e máxima de até 75 (setenta e cinco) anos, quando do protocolo da Proposta de Contratação na Seguradora, habilitada a ser incluída na apólice de seguro.

1.22.1 Para contratação da Garantia Adicional de Diárias de Incapacidade Temporária o Segurado é a pessoa física com idade entre 16 (dezesesseis) e 64 (sessenta e quatro) anos, sendo esse o limite de idade para contratação.

1.23 Seguradora

É a pessoa jurídica legalmente constituída, que emite a apólice, assumindo o risco de indenizar o Beneficiário/Segurado caso ocorra um dos eventos cobertos pelo seguro.

1.24 Sinistro

É a ocorrência de um evento danoso, que, desde que esteja expressamente previsto no contrato de seguro, observadas suas condições gerais, particulares e especiais, será indenizado pela Seguradora, respeitados os limites de cobertura contratados.

1.25 Vigência do Seguro

É o período no qual a apólice de seguro está em vigor, conforme determinado na proposta de contratação.

2. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou aos seus Beneficiários na ocorrência de um acidente coberto, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

3. GARANTIAS DO SEGURO

As garantias dividem-se em básicas e adicionais.

3.1 Garantias Básicas:

- a) Morte Acidental; e
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

3.2 São consideradas Garantias Adicionais:

- a) Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
- b) Diária de Incapacidade Temporária por Doença e Acidente com ou sem Franquia Reduzida;
- c) Diária de Incapacidade Temporária por Acidente com ou sem Franquia Reduzida;
- d) Diária de Internação Hospitalar;
- e) Cesta Básica; e
- f) Assistência Funeral

3.3 Para a efetivação do seguro será obrigatório contratar pelo menos uma das coberturas básicas oferecidas.

3.4 Indenização por Morte Acidental

Consiste no pagamento do capital segurado relativo à Cobertura Básica, de uma só vez, ao(s) beneficiário(s) do(s) Segurado(s) indicado(s) na Proposta de Contratação, após a **morte acidental** do mesmo, desde que ocorrida após o início de vigência e dentro do período de cobertura do seguro.

3.5 Indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

3.5.1 É a indenização paga ao próprio Segurado quando ocorrer a Invalidez Permanente Total ou Parcial de algum(s) de seus membros, órgãos ou sentidos, por motivo de acidente pessoal, **devidamente coberto**, desde que esteja terminado o tratamento e seja definitivo o caráter da invalidez.

3.5.2 O pagamento da indenização corresponderá aos percentuais descritos na Tabela abaixo, de acordo com grau de invalidez permanente.

Invalidez Permanente	DISCRIMINAÇÃO	%
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 incurável.....	100

Invalidez Permanente	DISCRIMINAÇÃO	%
PARCIAL DIVERSOS	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	DISCRIMINAÇÃO	%
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores.....	70
	Perda total do uso de uma das mãos.....	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros.....	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares.....	30
	Anquilose total de um dos ombros.....	25
	Anquilose total de um dos cotovelos.....	25
	Anquilose total de um dos punhos.....	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano.....	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano.....	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar.....	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores.....	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios.....	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares.....	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

Invalidez Permanente	DISCRIMINAÇÃO	%
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 total 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.....	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo ,indenização equivalente a ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	de 5 (cinco) centímetros ou mais.....	15
	de 4 (quatro) centímetros.....	10
de 3 (três) centímetros.....	6	
	menos de 3 (três) centímetros sem indenização	

IMPORTANTE

3.5.3 A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente, sem a cobrança de prêmio adicional, desde que a invalidez seja parcial.

3.5.4 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 perda total do membro, órgão ou parte atingida.

3.5.5 Em todos os 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. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau desta 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.

3.5.6 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para a garantia coberta por esta Cláusula. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à indenização prevista para sua perda total.

3.5.7 A perda ou agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização, salvo quando previamente declarado pelo Segurado na contratação do seguro, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, comprovado mediante laudo médico informando o grau de perda funcional.

3.5.8 A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente.

3.5.9 A constatação da Invalidez Permanente por Acidente se fará através de declaração médica subscreta por profissional devidamente habilitado na sua especialização. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

3.5.10 As indenizações por Morte e Invalidez Permanente não se acumulam em consequência de um mesmo evento. 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 pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente.

3.5.11 Majoração dos Membros

Consiste na possibilidade do Segurado majorar os percentuais de indenização parcial previstos na Tabela do subitem 3.5.2 para 100% (cem per cento), conforme indicado na Proposta de Contratação.

3.5.11.1 A indicação dos órgãos/membros na Proposta de Contratação será submetida às regras de análise e aceitação do risco.

3.5.11.1 Em caso de lesão nos órgãos/membros majorados, decorrente de acidente, que ocasione Invalidez Permanente Parcial, o Segurado receberá 100% (cem per cento) da indenização contratada para a garantia de Invalidez por Acidente.

3.6 Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas

3.6.1. Consiste no pagamento de um Capital Segurado, mediante reembolso, relativo à Cobertura de despesas médico-hospitalares e odontológicas, devidamente comprovadas, limitado ao valor contratado, decorrentes de acidente pessoal coberto, efetuadas exclusivamente para seu tratamento, desde que iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, sob orientação médica, incluindo diárias hospitalares necessárias para o restabelecimento do Segurado.

3.6.2 O Capital Individual, por evento, para a garantia de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, corresponderá à percentagem do Capital Segurado Individual para a garantia básica, conforme indicado na Proposta de Contratação.

3.6.3 Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

3.6.3.1 Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

3.6.4 A comprovação das despesas médico-hospitalares deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

3.6.5 As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizados monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro.

3.6.6 Esta cobertura se extingue com o esgotamento da importância contratada, conforme o disposto no subitem 3.6.2 acima.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão excluídos da garantia deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- c) de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;
- d) epidemias, desde que declaradas pelos órgãos competentes;
- e) doação e transplante intervivos;
- f) suicídio cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do Seguro ou da sua recondução; e
- g) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico.

4.2 Além dos riscos excluídos nas alíneas do subitem anterior estão expressamente excluídos da cobertura de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente os eventos e/ou acidentes decorrentes de:

- a) qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico e na hipótese abaixo:
 - a.1) No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido.
- b) as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- c) os envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias tóxicas – ressalvado o disposto na alínea “c do subitem 1.1.1 – ou entorpecentes; e

4.3 Também ficam excluídos os acidentes e/ou eventos ocorrido em consequência:

- a) de competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes, ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;
- b) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- c) de quaisquer acidentes citados no subitem 4.1, alíneas “a” e “b”;
- d) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte ou incapacidade do segurado provier de meio de transporte mais arriscado. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- e) quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro.
- f) do segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

4.4 Em se tratando de Despesas Médico-Hospitalares, além dos riscos excluídos acima, não estão abrangidas as coberturas para:

- a) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes.

b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

4.5. Estão também excluídos das coberturas deste seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em consequência de evento coberto, decorrentes de:

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

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

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

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

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

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

c) Lucros Cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável.

d) Perdas e Danos decorrentes direta ou indiretamente, de qualquer evento, mesmo quando coberto pela apólice.

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

5. CONTRATAÇÃO

Considera-se contratado o seguro quando a Proposta de Contratação, devidamente preenchida e assinada pelo proponente, for aceita pela Seguradora, momento em que esta emite a respectiva apólice de seguro.

6. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

6.1 Para que haja a aceitação dos componentes seguráveis por parte da Seguradora, será necessário o preenchimento obrigatório da Proposta de Contratação, sempre observando os limites de idade previstos no subitem 1.22 e as boas condições de saúde para ingresso.

6.2 A aceitação ocorrerá no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação pela Seguradora. Caso seja solicitado algum documento ou exame complementar, esse prazo ficará suspenso voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação na Seguradora. A solicitação de documentos complementares, para análise de aceitação do risco ou da alteração da Proposta de Contratação, poderá ser feita apenas uma vez, durante o referido prazo.

6.3 A inexistência de manifestação expressa da Seguradora dentro daquele prazo, implicará na aceitação automática do Seguro.

6.4 A aceitação do Proponente no Seguro será caracterizada pela emissão da Apólice, em seu nome, com a indicação das garantias contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao seu Seguro.

6.5 A não aceitação da Proposta de Contratação, será comunicada obrigatoriamente ao proponente por escrito, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados do protocolo de recebimento na Seguradora, justificando o motivo da recusa e dispondo ao mesmo todos os valores por ele destinados à Seguradora, devidamente atualizados pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas.

6.5.1 Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, a cobertura será garantida até ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido o período coberto, o prêmio pago à Sociedade Seguradora.

6.6 Avaliação da Taxa: A Seguradora efetuará avaliações anuais da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da apólice. Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do Segurado, a taxa reajustada será aplicada a partir do próximo aniversário anual de cada apólice em vigor nesta Seguradora, **desde que comunicada mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice, mediante anuência expressa do segurado.**

7. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

7.1 O pagamento dos prêmios será efetuado, conforme opção indicada na Proposta de Contratação, podendo ser mensal ou anual.

7.2 A primeira parcela do prêmio será de acordo com a opção do Segurado, mencionado na Proposta de Contratação.

7.2.1 Os prêmios relativos às demais parcelas serão pagos, conforme opção feita na Proposta de Contratação, até a data do vencimento do respectivo documento de cobrança.

7.2.2 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o Seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o pagamento se refere.

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

7.4 Quando a data limite para pagamento dos prêmios cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º dia útil, posterior ao vencimento, em que houver expediente bancário.

7.5 O critério de custeio deste seguro de vida é CONTRIBUTÁRIO.

8. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO DO SEGURO E INÍCIO DA VIGÊNCIA

8.1 A vigência do seguro será de 1(um) ano, sendo facultada a contratação por período diferente (dias, meses ou anos), conforme determinado na proposta de contratação.

8.1.1 A renovação automática ocorrerá nos termos da Lei, desde que não haja desistência expressa da Seguradora ou do Segurado até 60 (sessenta) dias antes de seu vencimento, sendo que a partir da segunda renovação esta somente poderá ser feita de forma expressa. A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada pelo segurado.

8.2 Nos casos de recebimento da Proposta de Contratação **com** adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início vigência da apólice será a partir das 24 horas do dia da recepção da Proposta de Contratação pela Seguradora, ficando condicionada à compensação, caso o adiantamento de valor ocorra através de cheque.

8.2.1 Nos casos de recebimento da Proposta de Contratação **sem** adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início vigência da apólice será a partir das 24 horas da data de aceitação da Proposta de Contratação pela Seguradora, ou em data posterior, desde que expressamente determinada na Proposta de Contratação.

8.3 Este Seguro não poderá ser renovado caso a Seguradora tenha suspenso a sua comercialização e/ou o produto tenha sido arquivado perante a SUSEP.

8.4 Caso o valor da importância segurada atinja o Limite Técnico estabelecido pela Seguradora, o Seguro poderá não ser renovado.

8.5 Em cada renovação será emitida nova Apólice pela Seguradora.

8.6 A Renovação deste Seguro também poderá ficar condicionada a aplicação de um AGRADO no valor do prêmio do Seguro, sendo que este agravo será o percentual necessário de reajuste que deverá incidir sobre a cobertura específica contratada, levando em conta os critérios de reavaliação do risco de cada cobertura.

8.7 A renovação automática do seguro só poderá ocorrer uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa. A renovação expressa poderá ser feita quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada pelo próprio segurado, em se tratando de seguros individuais.

9. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

9.1 Os capitais segurados, bem como os prêmios deste Seguro, serão atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas). Tal atualização sempre ocorrerá na data de início de vigência da apólice.

9.2 Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados deverão ser atualizados pelo índice pactuado, desde a data da última atualização do prêmio até a data e ocorrência do respectivo evento gerador.

9.3 Caberá ao Segurado solicitar à Seguradora, **por escrito e em comum acordo**, o aumento do capital Segurado, **que se submeterá novamente às regras de análise e aceitação do risco.**

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA E REABILITAÇÃO DO SEGURO

10.1 Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, as coberturas deste seguro serão suspensas a partir do último dia de vigência do período de cobertura a que se referir o último prêmio pago, ficando o Segurado e seus Beneficiários sem direito a receber indenização referente a qualquer garantia contratada no caso de sinistro ocorrido a partir deste período em que não houve quitação do prêmio.

10.2 Caso o Segurado entre em contato com a Seguradora antes do prazo estabelecido para cancelamento do seguro, conforme previsto no item 11.1 a(s) cobertura(s) suspensas poderá(ão) ser reabilitada(s), mediante nova subscrição de Proposta de Contratação e novo processo de aceitação do risco.

11. EXTINÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

11.1 Caso não seja efetuado o pagamento dos prêmios depois de decorrido o prazo máximo de 90 dias a contar da data da primeira inadimplência, o seguro ficará automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

11.2 Haverá ainda a possibilidade de cancelamento por mútuo consentimento das partes contratantes.

11.3 A cobertura básica prevista por este Seguro se extingue pela ocorrência da Morte do Segurado ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado.

11.4 O pagamento referente à Invalidez Permanente por Acidente antecipa a cobertura da Indenização de Morte Acidental. Caso sobrevenha a morte por acidente do Segurado, decorrente do mesmo evento, do valor desta indenização será descontada a importância já paga pela Invalidez Permanente por Acidente.

11.5 Extingue-se ainda a cobertura do seguro:

- a) no final do prazo de vigência;
- b) com o esgotamento da Importância Segurada, ou seja, com o pagamento integral da indenização;
- c) terminado o período de vigência, observada a possibilidade de renovação conforme critérios estabelecidos no item 8 acima.

11.5.1 Em qualquer das situações acima se dá automaticamente a extinção do contrato de seguro sem restituição dos prêmios.

11.6 Fica ainda a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade e o contrato automaticamente cancelado, se o Segurado, seus prepostos ou beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave, bem como qualquer conduta que tenha por fim a obtenção de vantagem indevida quando da contratação do seguro, durante o período de vigência e na liquidação de eventual sinistro.

12. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

12.1 Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita através de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância das partes contratantes, cabendo salientar que qualquer pedido de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a aceitação do seguro.

12.2 O Segurado poderá substituir seus Beneficiários, a qualquer tempo, mediante aviso prévio e escrito à Seguradora.

12.3 Nenhuma alteração de Beneficiários terá validade se não constar na declaração escrita do Segurado.

13. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

13.1 Ocorrendo sinistro coberto pelo seguro deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado ou seus Beneficiários, através do formulário “AVISO DE SINISTRO”, ou de carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora;

13.1.1 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado para cada Cobertura, quando da liquidação dos Sinistros:

- a) Morte Acidental - a data do Acidente.**
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - a data do Acidente.**
- c) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas - a data do Acidente.**
- d) Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente - data do acidente.**

13.2 Na comunicação, por carta ou telegrama, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

13.3 A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera o Segurado, seu representante ou seus Beneficiários, da obrigação de apresentar o formulário “AVISO DE SINISTRO”

13.4 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, conforme a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

13.5 Em caso de Morte Acidental do Segurado:

- a) Aviso de Sinistro, preenchido pelo Beneficiário, no campo Informações do Segurado, em caso de acidente;
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- c) cópia autenticada do RG ou outro documento de identificação e CPF do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- d) cópia autenticada e atualizada (extraída após o óbito) da Certidão de Casamento do Segurado;
- e) Declaração de Únicos Herdeiros;
- f) cópia autenticada de declaração do INSS informando quem são os dependentes do Segurado na Previdência Social;
- g) caso o(s) beneficiário(s) seja(m) filho(s), cópia autenticada da Certidão de Nascimento/Certidão de Casamento do(s) mesmo(s), bem como RG, CPF e Comprovante de residência;
- h) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- i) Laudo Conclusivo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML;
- j) Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo;
- k) cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso; e,
- l) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

13.6 Em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- a) “Aviso de Sinistro” preenchido e assinado pelo Segurado;

- b) cópia autenticada do RG e CPF e comprovante de residência do Segurado;
- c) cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso;
- d) cópia autenticada do atestado de alta médica definitiva, informando as sequelas deixadas pelo acidente, discriminando o grau de redução funcional do membro ou órgão lesado;
- e) cópia autenticada de todos os resultados dos exames médicos realizados;
- f) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo; e
- g) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

13.7 Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO)

- a) “Aviso de Sinistro”, preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) cópia autenticada do CPF, RG e comprovante de residência do Segurado;
- c) originais de todos comprovantes de despesas médico-hospitalares;
- d) cópia autenticada de todos os resultados dos exames médicos realizados;
- e) cópia autenticada da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho – se for o caso;
- f) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo; e
- h) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

13.7.1 A garantia de Despesas Médico-Hospitalares está sujeita à aplicação de franquia, conforme declaração constante da apólice.

13.8 Para todas as coberturas contratadas, os documentos pessoais deverão ser apresentados em cópias autenticadas, exceto Aviso de Sinistro e comprovantes de despesas, os quais deverão ser apresentados em via original.

13.9 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

13.10 As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar documentos complementares para análise e elucidação do Sinistro. Quando isso ocorrer, o prazo para liquidação de que trata o subitem anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

13.10.1 Se após a solicitação de documentação complementar, transcorrer período superior a seis meses contados da data do envio da correspondência pela Seguradora, sem que haja qualquer manifestação do Segurado ou Beneficiário, o sinistro será arquivado, não restando prejudicado o direito de apresentar novo aviso de sinistro, no prazo legal.

13.10.2 A tramitação de Inquérito Policial no caso de homicídio ou morte acidental do Segurado, não será causa para indeferimento do pagamento de indenização. Nos casos em que a única dúvida a esclarecer seja quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor da indenização, caso o sinistro esteja coberto.

13.11 A constatação da Invalidez Permanente conforme definida no subitem 3.5 se fará por declaração médica subscrita por profissional, devidamente habilitado na sua especialização e perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

13.12 Nos casos de divergências sobre a Invalidez Permanente, a Seguradora proporá 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.

13.12.1 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. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. 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.

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

13.13 A comprovação das Despesas Médico-Hospitalares previstas no subitem 3.6 deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente, discriminado o tratamento realizado e o material utilizado.

14. FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

14.1 Para recebimento da indenização, deverá ser plenamente provada a ocorrência do evento coberto, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

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

14.3 As indenizações por morte acidental ou invalidez total por acidente podem ser pagas integral ou parcialmente, sob a forma de renda certa, desde que tenha havido opção expressa do Segurado neste sentido, e mediante a inclusão da Cláusula Especial de Transformação de Indenização em Renda Certa no Seguro, devendo as partes estabelecerem o valor da renda mínima inicial.

14.3.1 Após a ocorrência do evento gerador, o valor da renda por morte ou invalidez acidentais do Segurado, será atualizado anualmente no mês em que ocorreu o evento causador do sinistro, pelo índice de correção estabelecido no subitem 9.1, acumulado nos últimos 12 meses que antecedem o mês de atualização.

14.3.2 Além da atualização monetária prevista no subitem 9.1 destas Condições Gerais, o valor da renda será recalculada na mesma época em função do eventual acréscimo na respectiva Provisão Matemática de Benefícios Concedidos, decorrente da sua atualização monetária mensal e da atualização anual aplicada às rendas.

14.4 Mesmo que o Beneficiário indicado pelo Segurado venha a falecer durante o período de recebimento das parcelas do benefício, os pagamentos não se interromperão e serão efetuados, limitados ao saldo residual e ao período indicado inicialmente pelo Segurado, ao cônjuge não separado judicialmente e o restante ao(s) herdeiros do segurado, obedecida a ordem de sucessão hereditária.

14.5 Se o pagamento da Indenização devida ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante nos subitens 13.5, 13.6 e 13.7, bem como das Condições Especiais das coberturas adicionais contratadas, aplicar-se-á, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, correção monetária pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas., considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação

15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

- a) O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco;
- b) Ficará prejudicado o direito à indenização, além de ser obrigado ao pagamento do prêmio vencido se o Segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizerem declarações

inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Contratação ou no valor do prêmio;

c) Praticar fraude ou tentativa de fraude com o intuito de simular Sinistro ou agravar suas consequências; e

d) Na inobservância do item 16 Modificações de Risco desta Condição Geral, por parte do Segurado.

15.1 Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

15.1.1 Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

15.1.2 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

a) Cancelar o seguro, após pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) 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.

15.1.3 Na hipótese de ocorrência do sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, o seguro será CANCELADO, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

15.2 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder direito à cobertura, caso fique comprovado que se silenciou por má-fé.

16. MODIFICAÇÕES DE RISCO

16.1 Quaisquer alterações ocorridas durante a vigência da apólice que impliquem em circunstâncias que modifiquem a natureza dos riscos cobertos, deverão ser comunicadas à Seguradora para que se façam os devidos ajustes.

16.2 Consideram-se alterações de risco, entre outras, as seguintes ocorrências:

a) mudança de profissão do Segurado;

b) mudança de residência do Segurado para outro país;

c) prática de esportes (profissional ou amador) tais como: balonismo, asa-delta, vôo-livre, pára-quedismo, hipismo, mergulho com equipamentos de ar comprimido, esqui-aquático e na neve, motociclismo, automobilismo, boxe, lutas-livres, artes marciais e demais esportes considerados de alto risco;

d) uso habitual de substâncias alcoólicas ou entorpecentes de quaisquer espécies, bem como o hábito de fumar.

16.3 A não comunicação de circunstâncias que caracterizem o agravamento de risco implicará na perda ao direito da indenização do Seguro, conforme previsto no artigo 769 do Novo Código Civil

que dispõe sobre o dever do Segurado em comunicar ao Segurador todo incidente que de qualquer modo possa agravar o risco.

16.3.1 Tal comunicação será submetida novamente à análise de aceitação do Risco.

16.3.2 Poderá a Seguradora, dentro dos 15(quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, dar ciência, por escrito, da decisão de cancelar a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

17. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

17.1 Cabe exclusivamente ao Segurado nomear ou substituir seus Beneficiários, através de documento escrito.

17.2 No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente o próprio Segurado será o beneficiário.

17.3 Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

17.3.1 O Segurador, que não for cientificado oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo Beneficiário.

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

17.4.1 Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

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

18. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

18.1 O seguro dará cobertura por todo o Globo Terrestre.

19. DO FORO

19.1 As questões judiciais, entre Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

19.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no subitem acima.

20. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

20.3 O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

20.4 Não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado.

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

20.6 Os tributos decorrentes do presente Contrato de Seguro serão pagos por quem a lei determinar.

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA E ACIDENTE

1. CONCEITOS

1.1 Carência

É o período de 60 (sessenta) dias contados do início de vigência do seguro ou da alteração de plano para os sinistros decorrentes de doenças, durante o qual o Segurado não terá direito às garantias deste seguro. Para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

1.2 Franquia

É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção das diárias.

1.2.1 Caso seja contratada a opção de franquia reduzida para acidente, o período de franquia será reduzido para 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento por acidente das atividades profissionais.

1.2.2 A Franquia é dedutível por evento.

1.3 Limite de Diárias

É a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus, a contar do 16º (décimo sexto) ou 8º (oitavo) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais, dependendo do tipo de contratação de franquia, correspondente a 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, **observados os itens 6.8, 6.8.1 e 6.8.2. destas condições especiais.**

1.4 Atividade Profissional

Para fins desta cobertura especial, será utilizada a definição da atividade profissional do Segurado em conformidade com a definição de Segurados Obrigatórios da previdência social previstos na Lei N.º 8.213, de 24/07/91.

1.5 Auditoria Médica

É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

2. OBJETO

A presente cláusula tem por objeto a garantia do pagamento das Diárias de Incapacidade Temporária ao Segurado que, por motivo de doença ou acidente pessoal, ficar afastado **totalmente de qualquer atividade relativa a sua profissão ou ocupação**, por um período superior a 15 (quinze) ou 7 (sete) dias, dependendo do tipo de contratação de franquia, por determinação médica e comprovado por exames complementares até o limite de diárias estabelecido nesta Cláusula Especial, **observando-se o período de Carência do subitem 1.1 no caso de afastamento decorrente de doença.**

3. GARANTIA DO SEGURO

3.1 Este seguro garante o pagamento das Diárias de Incapacidade Temporária ao Segurado que, por motivo de acidente pessoal ou doença ocorrida após o período de carência, ficar afastado de suas atividades profissionais por um período superior a 15 (quinze) ou 7 (sete) dias, dependendo do tipo de contratação de franquia, por determinação médica e comprovável por exames complementares, até o limite de diárias estabelecido nesta Cláusula Especial.

3.2 Esta garantia é assegurada durante o período de vigência do seguro, salvo condições que determinem sua suspensão ou cancelamento, conforme definido nos itens 10 e 11 das Condições Gerais deste seguro de acidentes pessoais.

3.3 O valor da Diária por Incapacidade Temporária contratada, deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal informada pelo Segurado na Proposta de Contratação, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada má-fé do Segurado no que tange à informação constante na Proposta de Contratação, o Segurado perderá o direito à indenização com base no Artigo 766 do Código Civil.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS DO ITEM 4 DAS CONDIÇÕES GERAIS (EXCETUANDO A ALÍNEA “C” DO SUBITEM 4.1 DAS CONDIÇÕES GERAIS, RELATIVA A DOENÇA) DO SEGURO, estão EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS da garantia desta Cláusula Especial os afastamentos decorrentes de:

- a) lesões de esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteo-musculares crônicos relacionados com o trabalho (DORT);
- b) gravidez e suas consequências,
- c) parto e suas consequências;
- d) abortos provocados ou não e suas consequências,
- e) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;
- f) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- g) hérnia discal, exceto após tratamento cirúrgico;
- h) tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;
- i) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências;
- j) tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;
- k) hospitalização para check-up;
- l) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- m) todas as doenças ou transtornos mentais;
- n) Síndrome do Pânico;
- o) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
- p) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os consequentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- q) cirurgias para esterilização;
- r) qualquer sinistro que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias;
- s) tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas.

- t) luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;
- u) as instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- v) as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrose;
- x) as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
- y) laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- z) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- aa) cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.

4.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta cláusula especial qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda que lhe atribua renda.

4.3 Também fica EXPRESSAMENTE excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este Seguro cobre apenas Diárias de Incapacidade Temporária.

4.3.1 Caso o Segurado esteja afastado de suas atividades profissionais ou sua ocupação habitual e sua Incapacidade Temporária evoluir para uma Invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às Diárias cobertas por este Seguro.

5. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

5.1 A ocorrência do sinistro deverá ser comunicada à Seguradora pelo Segurado logo que este tenha conhecimento do Sinistro, conforme artigo 771 do Código Civil.

5.2 Após a comunicação à Seguradora, deverão ser encaminhadas cópias autenticadas dos seguintes documentos:

- a) cópia do RG e CPF do Segurado;
- b) relatório médico onde deverá constar a data do sinistro, diagnóstico e tratamento realizado;
- c) todos os Exames Complementares realizados, com os respectivos laudos médico;
- d) tratando-se de acidente de trabalho, juntar formulário de comprovação de Acidente de Trabalho;
- e) tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, juntar Boletim de Ocorrência.

5.3 Para efeito de prova da incapacidade temporária, a Seguradora, poderá exigir a realização de auditoria médica e/ou perícia médica, a apresentação de atestado médico ou documentos emitidos pela Previdência Social.

5.4 Todas as despesas efetuadas para a comprovação da incapacidade, relativas aos documentos mencionados no subitem 5.2 e 5.3, correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

5.5 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora no subitem 5.2 e 5.3, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

5.6 As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, sendo que o prazo para liquidação

de que trata o subitem anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências. Para efeito de prova da incapacidade temporária, a Seguradora, além da auditoria médica, poderá exigir perícia médica.

5.6.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento das diárias contratadas. Nos casos em que a única dúvida a esclarecer seja quanto ao direito do Segurado, a Seguradora consignará o valor do pagamento da diária contratada.

6. PAGAMENTO DO SINISTRO

6.1 Com base na comunicação e comprovantes do sinistro e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária nos termos desta Condição Especial, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias conforme abaixo indicado.

6.2 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Seguradora mediante a apresentação de relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo Segurado a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

6.3 Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar os 30 (trinta) dias, a Seguradora, depois de regularizado o sinistro, providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, **a contar do 16º (décimo sexto) ou do 8º (oitavo) dia** da data do afastamento de suas atividades profissionais, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidas no subitem 1.3 destas Condições Especiais.

6.4 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias a que o Segurado tiver direito, de acordo com a incapacidade temporária, desde que assim justificadas por relatório médico, auditoria médica e, se necessário, exames complementares.

6.5 Em caso de morte do Segurado cessará o direito ao pagamento das Diárias de Incapacidade Temporária, sendo que as diárias relativas ao período em que o Segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão pagas aos seus Beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

6.6 Nos casos de múltiplas lesões, conseqüentes do mesmo sinistro, a Seguradora reconhecerá a mais grave entre elas, ou seja, aquela que determinar o maior período de afastamento por incapacidade temporária do Segurado no exercício de suas atividades profissionais, não havendo acumulação no valor das diárias.

6.7 A cessação do pagamento das diárias por incapacidade temporária ocorrerá:

6.7.1 Na data da alta médica, devendo o Segurado apresentar o respectivo comprovante firmado pelo médico assistente; ou

6.7.2 Com a utilização do limite de diárias.

6.8 Não será permitido o acúmulo de diárias quando houver mais de um evento que dê causa a incapacidade temporária durante um mesmo período.

6.8.1 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência somar-se-ão as diárias indenizadas em todos eles e a soma desta limitar-se-á a 365 diárias. Portanto, a soma das diárias indenizadas não poderá exceder 365 diárias indenizadas.

6.8.2 Nos casos em que o Segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de Diárias por Incapacidade Temporária que faltarem para completar informado no item 1.3 desta condição especial, correspondendo à vigência anterior, respeitando o exposto no item 6.8.1. Nos casos em que o afastamento seja decorrente de um novo evento, o limite de diárias será o da nova vigência da apólice, conforme estabelecido no item 1.3. desta condição especial.

6.8.3 Se o evento gerador do sinistro se tratar de acidente, não se aplica a limitação do subitem 6.8.1, visto que haverá reintegração do capital.

7. MODIFICAÇÕES DE RISCO

Além das Modificações de Risco previstas no item 16 das Condições Gerais, para efeito desta cláusula especial deverá ser observado que, qualquer alteração da renda mensal informada pelo Segurado na Proposta de Contratação, e que comprometa o valor da renda contratada, deverá ser comunicada à Seguradora para que se façam os devidos ajustes.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1 Quando o Segurado estiver recebendo as diárias contratadas por um determinado evento, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de um outro sinistro.

8.2 Somente será reconhecido pela Seguradora um novo sinistro se este ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.

8.3 Não haverá acúmulo do pagamento das Diárias por Incapacidade Temporária em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.

8.4 Em todos os pedidos de afastamento do Segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento bem como do número de dias necessários de afastamento.

8.5 Caso seja apurada algum tipo de fraude, cometida pelo Segurado, a Seguradora interromperá o pagamento das Diárias por Incapacidade Temporária, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou diárias pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

8.6 Os prêmios correspondentes a esta garantia adicional sofrerão reajuste sempre que o segurado passar de uma faixa etária para outra, conforme tabela específica, fornecida no momento da contratação pelo corretor de seguros.

Seguem abaixo as faixas etárias:

REENQUADRAMENTO DIT SEXO MASCULINO – GRUPO A								
Faixa de Diária	Até 30 anos	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-64
Até 100,00	0,00%	5,80%	13,48%	16,17%	2,11%	15,35%	10,65%	44,04%
100,01 - 150,00	0,00%	6,14%	12,66%	15,27%	2,03%	14,98%	10,48%	43,89%
150,01 - 200,00	0,00%	6,62%	11,41%	13,91%	1,89%	14,37%	10,23%	43,67%
200,01 - 250,00	0,00%	7,03%	10,35%	12,74%	1,78%	13,83%	10,01%	43,46%
250,01 - 300,00	0,00%	9,33%	4,54%	5,88%	1,07%	10,39%	8,56%	42,08%
300,01 - 350,00	0,00%	10,31%	2,14%	2,82%	0,72%	8,69%	7,81%	41,34%
Acima de 350,00	0,00%	9,89%	3,14%	4,11%	0,87%	9,43%	8,14%	41,66%

REENQUADRAMENTO DIT SEXO MASCULINO – GRUPO B								
Faixa de Diária	Até 30 anos	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-64
Até 100,00	0,00%	7,09%	10,21%	12,59%	1,77%	13,75%	9,99%	43,42%
100,01 - 150,00	0,00%	7,36%	9,48%	11,76%	1,68%	13,38%	9,82%	43,29%
150,01 - 200,00	0,00%	7,80%	8,37%	10,50%	1,56%	12,75%	9,58%	43,04%
200,01 - 250,00	0,00%	8,16%	7,46%	9,42%	1,45%	12,22%	9,35%	42,83%
250,01 - 300,00	0,00%	10,19%	2,42%	3,19%	0,76%	8,91%	7,91%	41,44%
300,01 - 350,00	0,00%	11,03%	0,37%	0,46%	0,43%	7,31%	7,18%	40,72%
Acima de 350,00	0,00%	10,68%	1,22%	1,61%	0,57%	7,99%	7,49%	41,03%

REENQUADRAMENTO DIT SEXO MASCULINO – GRUPO C								
Faixa de Diária	Até 30 anos	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-64
Até 100,00	0,00%	7,22%	9,86%	12,21%	1,73%	13,56%	9,92%	43,35%
100,01 - 150,00	0,00%	7,49%	9,15%	11,39%	1,64%	13,19%	9,74%	43,21%
150,01 - 200,00	0,00%	7,92%	8,07%	10,13%	1,52%	12,58%	9,50%	42,97%
200,01 - 250,00	0,00%	8,28%	7,16%	9,06%	1,41%	12,04%	9,28%	42,75%
250,01 - 300,00	0,00%	10,28%	2,20%	2,91%	0,73%	8,74%	7,83%	41,37%
300,01 - 350,00	0,00%	11,11%	0,18%	0,22%	0,40%	7,16%	7,11%	40,65%
Acima de 350,00	0,00%	10,77%	1,02%	1,35%	0,54%	7,84%	7,42%	40,96%

REENQUADRAMENTO DIT SEXO FEMININO – GRUPO A								
Faixa de Diária	Até 30 anos	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-64
Até 100,00	0,00%	0,36%	28,76%	30,38%	3,28%	20,85%	12,72%	45,94%
100,01 - 150,00	0,00%	0,75%	27,59%	29,41%	3,20%	20,51%	12,61%	45,84%
150,01 - 200,00	0,00%	1,36%	25,78%	27,87%	3,08%	19,97%	12,41%	45,65%
200,01 - 250,00	0,00%	1,91%	24,22%	26,51%	2,98%	19,49%	12,23%	45,49%
250,01 - 300,00	0,00%	5,17%	15,23%	17,96%	2,27%	16,14%	10,95%	44,33%
300,01 - 350,00	0,00%	6,67%	11,27%	13,77%	1,88%	14,30%	10,21%	43,64%
Acima de 350,00	0,00%	6,04%	12,93%	15,57%	2,05%	15,11%	10,54%	43,94%

REENQUADRAMENTO DIT SEXO FEMININO – GRUPO B								
Faixa de Diária	Até 30 anos	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-64
Até 100,00	0,00%	2,00%	23,99%	26,33%	2,98%	19,42%	12,19%	45,48%
100,01 - 150,00	0,00%	2,38%	22,91%	25,35%	2,90%	19,06%	12,07%	45,35%
150,01 - 200,00	0,00%	2,97%	21,25%	23,84%	2,77%	18,50%	11,86%	45,15%
200,01 - 250,00	0,00%	3,48%	19,83%	22,50%	2,66%	17,98%	11,66%	44,98%
250,01 - 300,00	0,00%	6,49%	11,75%	14,29%	1,93%	14,54%	10,31%	43,73%
300,01 - 350,00	0,00%	8,93%	7,18%	10,37%	1,54%	12,69%	9,54%	43,01%
Acima de 350,00	0,00%	7,27%	9,72%	12,04%	1,71%	13,50%	9,88%	43,33%

REENQUADRAMENTO DIT SEXO FEMININO – GRUPO C								
Faixa de Diária	Até 30 anos	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-64
Até 100,00	0,00%	2,16%	23,49%	25,88%	2,93%	19,24%	12,15%	45,42%
100,01 - 150,00	0,00%	2,55%	22,42%	24,90%	2,86%	18,90%	12,01%	45,29%
150,01 - 200,00	0,00%	3,14%	20,77%	23,39%	2,73%	18,32%	11,79%	45,10%
200,01 - 250,00	0,00%	3,65%	19,37%	22,05%	2,63%	17,81%	11,59%	44,92%
250,01 - 300,00	0,00%	6,63%	11,38%	13,89%	1,89%	14,35%	10,23%	43,66%
300,01 - 350,00	0,00%	7,97%	7,95%	10,00%	1,51%	12,51%	9,47%	42,94%
Acima de 350,00	0,00%	7,40%	9,39%	11,66%	1,67%	13,31%	9,80%	43,26%

8.6.1 O Segurado terá, ainda, um aumento anual de **5% (cinco por cento)** no valor do Prêmio correspondente exclusivamente à referida cobertura, a partir de quando completar **65 (sessenta e cinco) anos**. O aumento se dará anualmente a cada nova vigência, ou seja, o Segurado ao completar 65 anos terá um percentual de reajuste, para cada nova vigência, de 5% ao ano.

9. Aplicam-se a esta Cláusula Especial, no que não conflitarem, todas as demais disposições deste contrato de seguro.

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

1. CONCEITOS

1.1 Franquia

É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção das diárias.

1.1.1 Caso seja contratada a opção de franquias reduzida para acidente, o período de franquias será reduzido para 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento por acidente das atividades profissionais.

1.1.2 A Franquia é dedutível por evento.

1.2 Limite de Diárias

É a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus, a contar do 16º (décimo sexto) ou 8º (oitavo) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais, dependendo do tipo de contratação de franquias, correspondente até 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, **observados os itens 6.8, 6.8.1 e 6.8.2. destas condições especiais.**

1.3 Atividade Profissional

Para fins desta cobertura especial, será utilizada a definição da atividade profissional do Segurado em conformidade com a definição de Segurados Obrigatórios da previdência social previstos na Lei N.º 8.213, de 24/07/91.

1.4 Auditoria Médica

É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

2. OBJETO

A presente cláusula tem por objeto a garantia do pagamento das Diárias de Incapacidade Temporária ao Segurado que, por motivo de acidente pessoal, ficar afastado **totalmente de qualquer atividade relativa a sua profissão ou ocupação**, por um período superior a 15 (quinze) ou 7 (sete) dias, dependendo do tipo de contratação de franquia, por determinação médica e comprovado por exames complementares até o limite de diárias estabelecido nesta Cláusula Especial.

3. GARANTIA DO SEGURO

3.1 Este seguro garante o pagamento das Diárias de Incapacidade Temporária ao Segurado que, por motivo de acidente pessoal, ficar afastado de suas atividades profissionais por um período superior a 15 (quinze) ou 7 (sete) dias, dependendo do tipo de contratação de franquia, por determinação médica e comprovável por exames complementares, até o limite de diárias estabelecido nesta Cláusula Especial.

3.2 Esta garantia é assegurada durante o período de vigência do seguro, salvo condições que determinem sua suspensão ou cancelamento, conforme definido nos itens 10 e 11 das Condições Gerais deste seguro de acidentes pessoais.

3.3 O valor da Diária por Incapacidade Temporária contratada, deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal informada pelo Segurado na Proposta de Contratação, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada má-fé do Segurado no que tange à informação constante na Proposta de Contratação, o Segurado perderá o direito à indenização com base no Artigo 766 do Código Civil.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS DO ITEM 4 DAS CONDIÇÕES GERAIS (EXCETUANDO A ALÍNEA “C” DO SUBITEM 4.1 DAS CONDIÇÕES GERAIS, RELATIVA A DOENÇA) DO SEGURO, estão EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS da garantia desta Cláusula Especial os afastamentos decorrentes de:

- a) lesões de esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteo-musculares crônicos relacionados com o trabalho (DORT);
- b) gravidez e suas consequências,
- c) parto e suas consequências;
- d) abortos provocados ou não e suas consequências,
- e) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;
- f) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- g) hérnia discal, exceto após tratamento cirúrgico;
- h) tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;
- i) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências;
- j) tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;

- k) hospitalização para check-up;
- l) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- m) todas as doenças ou transtornos mentais;
- n) Síndrome do Pânico;
- o) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
- p) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os conseqüentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- q) cirurgias para esterilização;
- r) qualquer sinistro que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias;
- s) tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas.
- t) luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;
- u) as instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- v) as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrose;
- x) as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
- y) laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- z) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- aa) cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.

4.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta cláusula especial qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda que lhe atribua renda.

4.3 Também ficam EXPRESSAMENTE excluídos da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este Seguro cobre apenas Diárias de Incapacidade Temporária.

4.3.1 Caso o Segurado esteja afastado de suas atividades profissionais ou sua ocupação habitual e sua Incapacidade Temporária evoluir para uma Invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às Diárias cobertas por este Seguro.

5. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

5.1 A ocorrência do sinistro deverá ser comunicada à Seguradora pelo Segurado logo que este tenha conhecimento do Sinistro, conforme artigo 771 do Código Civil.

5.2 Após a comunicação à Seguradora deverão ser encaminhadas cópias autenticadas dos seguintes documentos:

- a) cópia do RG e CPF do Segurado;
- b) relatório médico onde deverá constar a data do sinistro, diagnóstico e tratamento realizado;
- c) todos os Exames Complementares realizados, com os respectivos laudos médico;
- d) tratando-se de acidente de trabalho, juntar formulário de comprovação de Acidente de Trabalho;

e) tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, juntar Boletim de Ocorrência.

5.3 Para efeito de prova da incapacidade temporária, a Seguradora poderá exigir a realização de auditoria médica e/ou perícia médica, a apresentação de atestado médico ou documentos emitidos pela Previdência Social.

5.4 Todas as despesas efetuadas para a comprovação da incapacidade, relativas aos documentos mencionados no subitem 5.2 e 5.3, correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

5.5 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora no subitem 5.2 e 5.3, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

5.6 As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, sendo que o prazo para liquidação de que trata o subitem anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências. Para efeito de prova da incapacidade temporária, a Seguradora, além da auditoria médica, poderá exigir perícia médica.

5.6.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento das diárias contratadas. Nos casos em que a única dúvida a esclarecer seja quanto ao direito do Segurado, a Seguradora consignará o valor do pagamento da diária contratada.

6. PAGAMENTO DO SINISTRO

6.1 Com base na comunicação e comprovantes do sinistro e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária nos termos desta Condição Especial, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias conforme abaixo indicado.

6.2 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Seguradora, mediante a apresentação de relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

6.3 Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar os 30 (trinta) dias, a Seguradora, depois de regularizado o sinistro, providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, **a contar do 16º (décimo sexto) ou do 8º (oitavo) dia** da data do afastamento de suas atividades profissionais, dependendo do tipo de contratação de franquia, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidas na proposta de contratação e apólice do seguro, e no subitem 1.2 desta Condição Especial.

6.4 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias a que o Segurado tiver direito, de acordo com a incapacidade temporária, desde que assim justificadas por relatório médico, auditoria médica e, se necessário, exames complementares.

6.5 Em caso de morte do Segurado cessará o direito ao pagamento das Diárias por Incapacidade Temporária, sendo que as diárias relativas ao período em que o Segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão pagas aos seus Beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

6.6 Nos casos de múltiplas lesões, conseqüentes do mesmo sinistro, a Seguradora reconhecerá a mais grave entre elas, ou seja, aquela que determinar o maior período de afastamento por incapacidade temporária do Segurado no exercício de suas atividades profissionais, não havendo acumulação no valor das diárias.

6.7 A cessação do pagamento das diárias por incapacidade temporária ocorrerá:

6.7.1 Na data da alta médica, devendo o Segurado apresentar o respectivo comprovante firmado pelo médico assistente; ou

6.7.2 Com a utilização do limite de diárias.

6.8 Não será permitido o acúmulo de diárias quando houver mais de um evento que dê causa a incapacidade temporária durante um mesmo período.

6.8.1 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder o limite definido na proposta de contratação e apólice do seguro.

6.8.2 Nos casos em que o Segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de Diárias por Incapacidade Temporária que faltarem para completar informado no item 1.2 desta condição especial, correspondendo à vigência anterior, respeitando o exposto no item 6.8.1. Nos casos em que o afastamento seja decorrente de um novo evento, o limite de diárias será o da nova vigência da apólice, conforme estabelecido no item 1.2. desta condição especial.

7. MODIFICAÇÕES DE RISCO

Além das Modificações de Risco previstas no item 16 das Condições Gerais, para efeito desta cláusula especial deverá ser observado que, qualquer alteração da renda mensal informada pelo Segurado na Proposta de Contratação, e que comprometa o valor da renda contratada, deverá ser comunicada à Seguradora para que se façam os devidos ajustes.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1 Quando o Segurado estiver recebendo as diárias contratadas por um determinado evento, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de um outro sinistro.

8.2 Somente será reconhecido pela Seguradora um novo sinistro se este ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.

8.3 Não haverá acúmulo do pagamento das Diárias por Incapacidade Temporária em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.

8.4 Em todos os pedidos de afastamento do Segurado, poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento bem como do número de dias necessários de afastamento.

8.4.1 Caso seja apurada algum tipo de fraude, cometida pelo Segurado, a Seguradora interromperá o pagamento das Diárias por Incapacidade Temporária, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou diárias pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

9. Aplicam-se a esta Cláusula Especial, no que não conflitarem, todas as demais disposições deste contrato de seguro.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETO

1.1 Pela presente garantia adicional, a Seguradora obriga-se a garantir o reembolso de despesas com funeral aos Beneficiários, ou prestação de serviços de assistência funeral, na hipótese de ocorrência de morte do Segurado, conforme previsto nestas condições, desde que não esteja abrangida pela Cláusula 4 - Dos Riscos Excluídos e respeitadas as demais condições contratuais.

1.2 O serviço de assistência Funeral será concedido:

- a) no Plano Individual: a todos os segurados principais (excluído cônjuge e filhos); e
- b) no Plano Familiar: a todos os segurados principais, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a) e os **filhos menores de 18 anos** e dependentes legais.

2. DA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA FUNERAL

2.1 Esta garantia prevê a cobertura de morte do Segurados e/ou Familiares (se contratado Plano Familiar), sendo caracterizado pelo reembolso de despesas com funeral **ou** prestação de serviços de assistência funeral, a critério do(s) Beneficiário(s), até o limite estabelecido na apólice.

2.2 O Beneficiário poderá optar pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, sem qualquer direito a reembolso posterior.

3. COBERTURAS DA ASSISTÊNCIA FUNERAL

3.1 Assessoria para as Formalidades Administrativas

O Serviço de Assistência dirigirá-se à residência/hospital do óbito, para providenciar todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do Município. Encaminhará até a funerária do Município os documentos necessários para o sepultamento, tomando as medidas devidas para a realização do funeral, entregando então à família toda a documentação respectiva, posicionando-a das providências tomadas. Será solicitado o acompanhamento de um membro da família, caso o Serviço de Assistência julgue necessário.

3.2 Carro Funerário

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família um carro funerário para transporte do corpo desde o local do óbito até o local do velório e depois até o local onde se fará o sepultamento/cremação desde que dentro do mesmo Município.

3.3 Coroa de Flores

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma coroa de flores da época, juntamente com uma faixa de dizeres redigida pela família.

3.4 Locação de Jazigo

Caso a família não disponha de local para o sepultamento, o Serviço de Assistência se responsabilizará pela locação de um jazigo, por um período de 3 (três) anos a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local.

3.5 Mesa de Condolências

O Serviço de Assistência providenciará uma mesa onde será colocado o livro de presença.

3.6 Ornamentação de Urna

O Serviço de Assistência colocará a disposição da família, flores da época para o interior da urna, bem como vestirá o corpo se assim a família desejar.

3.7 Paramentos

O Serviço de Assistência se responsabilizará pelos castiçais e velas que acompanham a urna bem como pelos aparelhos de ozona.

3.8 Passagem para um Parente

Caso a família do Segurado opte por fazer o sepultamento no local do evento e, não sendo este o Município de domicílio do Segurado, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem aérea - classe econômica - ou rodoviária, para um membro da família acompanhar o sepultamento.

3.9 Registro de Óbito

O Serviço de Assistência efetuará o registro do óbito em cartório, se necessário acompanhado de um membro da família.

3.10 Sepultamento ou Cremação

O Serviço de Assistência providenciará o sepultamento no túmulo ou jazigo, podendo ainda o Segurado ser cremado, caso esta opção tenha sido formalizada em vida, com documentação pertinente. As respectivas taxas serão pagas pelo Serviço de Assistência.

3.10.1 O Serviço de Assistência não se responsabilizará e não arcará com despesas pela exumação dos corpos que estejam no jazigo quando do sepultamento.

3.10.2 A cremação sempre será de responsabilidade do Serviço de Assistência. Caso o óbito ocorra ou o Segurado resida em Município que não disponha deste serviço, tendo a família optado pela cremação, a mesma deverá arcar com o traslado do corpo desde o local do evento até o local da cremação.

3.11 Serviço de Retorno / Repatriamento de Corpo

Em caso de falecimento do Segurado durante viagem, o Serviço de Assistência atenderá às formalidades necessárias para o retorno / repatriamento do corpo, transportando-o em esquife standard até o Município de domicílio do Segurado.

3.12 Urna/Caixão

O Serviço de Assistência garante o pagamento da Urna ou caixão dentro do valor estipulado contratado.

3.13 Velório

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma sala velatória ou capela, conforme o local.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- a) Inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremotos, movimentos sísmicos;**
- b) Ocorrências de irradiação decorrentes de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade, bem como casos de força maior;**
- c) Ocorrências em situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves e quaisquer outras perturbações de ordem pública;**
- d) Suicídio do Segurado cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do Seguro ou de sua recondução;**

- e) **Translado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município onde a cremação possa ser efetuada;**
- f) **Pedidos de assistência durante o período de carência;**
- g) **Aquisição de jazigo;**
- h) **A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;**
- i) **Doenças preexistentes à contratação do Seguro que já eram de conhecimento do segurado e que não foram declaradas na Proposta de Contratação;**
- j) **do uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes; e,**
- k) **Eventos decorrentes de Ato ilícito Doloso praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro.**

5 . DA CARÊNCIA

O período de carência, para o pagamento do reembolso de despesas com funeral, ou para prestação do serviço de assistência, contado do início de Vigência da cobertura, será de 30 (trinta) dias, **exceto para os casos de acidente.**

6. DO REEMBOLSO

6.1 Em caso de falecimento do Segurado, o pedido de reembolso deverá ser requerido diretamente à Seguradora, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Nota(s) Fiscal(is) original(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral; e
- b) Cópias autenticadas do CPF e RG do Custeador.

6.2 O reembolso será único e limitado ao valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas.

7. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

7.1 Caso a opção dos familiares não seja pelo reembolso, mas sim pela utilização do serviço de assistência, estes poderão telefonar a cobrar para a Central de Atendimento, fornecendo os seguintes dados:

- a) nome do Segurado e nº da apólice correspondente;
- b) o local e o número do telefone onde o Serviço de Assistência poderá encontrar os familiares/ representantes do Segurado; e
- c) os documentos necessários para comprovar a vínculo empregatício ou familiar.

7.2 Se a ligação a cobrar não for possível, as despesas de comunicações com a Central de Atendimento serão reembolsadas mediante apresentação dos comprovantes originais dos gastos telefônicos.

8. OBRIGAÇÕES GERAIS DA FAMÍLIA DO SEGURADO

8.1 Cooperação com o Serviço de Assistência

Os familiares deverão cooperar com o Serviço de Assistência a fim de possibilitar que este possa prestar os serviços mencionados nesta Condição Especial, inclusive se houver necessidade, através do envio ao Serviço de Assistência de documentos originais, às custas da mesma, para o cumprimento das formalidades necessárias.

9. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

9.1 Estão limitados os Serviços de Assistência nos seguintes casos:

a) os Serviços de Assistência acima expostos não poderão ser prestados enquanto não houver cooperação por parte dos familiares do Segurado ou outrem que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela Central de Atendimento (dados imprescindíveis ao atendimento, como o nome, endereço, nº da apólice e outros que vierem a se tornar necessários).

b) Caso o óbito ocorra no exterior e a família opte pelo sepultamento/cremação no local do evento, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem para um membro da família e reembolsará os gastos efetuados com o sepultamento/cremação até o limite estabelecido na apólice e constante no Certificado, mediante entrega dos comprovantes originais das despesas respectivas.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A Garantia Adicional de Assistência Funeral é devida ao Segurado residente no Brasil, quando o óbito ocorrer dentro ou fora de seu Município de domicílio permanente, ou ainda quando em viagens ao exterior.

11. DISPOSIÇÃO FINAL

O pagamento deste benefício não obriga a Seguradora a dar cobertura às demais garantias contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

GARANTIA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA

1. GARANTIA

1.1 A presente Garantia adicional tem por objetivo garantir, no caso de Morte Acidental do Segurado, desde que coberta pela Garantia Básica deste plano de Seguro, o direito ao recebimento de 12 cestas básicas, nos valores estabelecidos na Proposta de Contratação, a ser(em) concedida(s) ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado.

1.2 O pagamento da indenização será feito em reais, em moeda corrente no país.

1.3 O índice de atualização utilizado para o reajuste do valor das cestas básicas serão o constante no subitem 9.1 das Condições Gerais da Garantia Básica.

1.4 Esta Garantia Adicional não é extensiva à cobertura por Invalidez por Acidente.

2. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

2.1 A cobertura desta Garantia Adicional é válida em todo Globo terrestre.

3. CESSAÇÃO DA GARANTIA CONCEDIDA POR ESTA CLÁUSULA

3.1 A cobertura dada por esta Garantia adicional cessará:

a) com o cancelamento da apólice;

b) com o cancelamento desta Garantia Adicional;

c) com a utilização integral, pelo beneficiário, das cestas básicas garantidas por esta Garantia adicional.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1 O(s) beneficiário(s), será(ão) aquele(s) designado(s) na Proposta de Contratação.

4.2 Havendo mais de um beneficiário designado, a cesta básica será concedida de acordo com os respectivos percentuais assinalados pelo segurado, ressalvada a possibilidade de ser nomeado um único beneficiário para receber a cesta básica em sua totalidade, mediante autorização expressa dos demais no momento do aviso de sinistro.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1 Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro, deverá ser comunicado imediatamente pelo(s) beneficiário(s) ou representante, através do formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora.

5.2 Na comunicação, por carta ou telegrama, deverá constar data, hora, local e causa do sinistro.

5.3 A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera o representante do Segurado ou seus beneficiários da obrigação de apresentar o formulário "AVISO DE SINISTRO".

5.4 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado dos documentos abaixo relacionados:

a) aviso de Sinistro devidamente preenchido pelo representante ou beneficiário(s);

b) cópia autenticada da Certidão de óbito;

- c) cópia simples do CPF e RG do falecido;
- d) cópia simples da Certidão de Casamento com data atualizada, ou seja, extraída após o óbito (no caso de esposa(o));
- e) declaração de união estável registrada em Cartório, informando que viveu com o falecido até a data do óbito (no caso de companheira(o));
- f) cópia simples do CPF, RG e comprovante de residência do "beneficiário"; e
- g) autorização para eventual crédito em conta corrente em nome do beneficiário.

6. AVALIAÇÕES DA TAXA

6.1 A Seguradora efetuará avaliações anuais da taxa utilizada para o cálculo do prêmio desta Garantia adicional, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da apólice.

6.2 Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do segurado, a taxa reajustada será aplicada a partir do próximo aniversário anual de cada apólice em vigor nesta Seguradora., desde que comunicada mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice, mediante anuência expressa do segurado.

7. DISPOSIÇÃO FINAL

Aplicam-se a esta garantia adicional, no que não conflitarem, todas as demais disposições deste contrato de seguro.

GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. Objetivo do Seguro

Esta garantia tem por objetivo o pagamento de indenização ao Segurado relativo as diárias de internação hospitalar em decorrência de acidente pessoal.

2. GARANTIA

2.1 Este seguro tem por finalidade garantir ao Segurado as diárias de internação hospitalar, por motivo de tratamento clínico ou cirúrgico que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, em decorrência de acidente pessoal devidamente coberto, desde que respeitado o **prazo de franquia** previsto no item 7 desta garantia adicional.

2.1.1 Esta garantia não abrange as demais despesas decorrentes da internação hospitalar.

3. CAPITAL SEGURADO E LIMITAÇÃO DE COBERTURA

3.1 O valor do capital segurado, correspondente às diárias de internação hospitalar, estará indicado na Proposta de Contratação do Seguro e não poderá ser superior a R\$ 200,00 (duzentos reais).

3.2 O limite máximo de indenização será de até 180 diárias, devendo ser respeitada a quantidade de diárias definida na Proposta de Contratação, para cada ano de vigência do seguro bem como as condições especificadas no item 5.4.

3.3 Em caso de sinistro amparado por esta garantia adicional, não haverá reintegração do limite máximo de indenização.

4. CESSAÇÃO DA GARANTIA CONCEDIDA POR ESTA CLÁUSULA

4.1 A cobertura dada por esta Garantia adicional cessará:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta garantia adicional;
- c) com a morte ou invalidez permanente total ou parcial por acidente do Segurado; e
- d) com o esgotamento das diárias para cada ano de vigência do Seguro, respeitadas as condições especificadas no item 5.4.

5. PROCEDIMENTO PARA O PAGAMENTO DAS DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

5.1 Em caso de evento coberto por este Seguro, deverá ser comprovada satisfatoriamente a sua ocorrência, bem como todas as circunstâncias a ela relacionadas.

5.2 Os documentos pessoais deverão ser apresentados conforme especificado abaixo, sendo que o Aviso de Sinistro e os comprovantes das despesas deverão ser apresentados em via original.

5.3 A análise para cobertura do evento se dará quando o Segurado, ou alguém por ele indicado, comunicar a internação à Seguradora através de exames e relatórios do seu médico assistente, o qual deverá ser por ele assinado, indicando data, hora, local e motivo da internação, bem como os dados clínicos que

justifiquem o procedimento, nome do hospital ou clínica onde foi realizada a internação ou onde o Segurado estiver internado.

5.4 Não será permitido o acúmulo de diárias caso haja mais de um evento que dê ensejo à incapacidade temporária durante um mesmo período.

5.4.1 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias indenizadas em todos eles, devendo ser respeitada a limitação da quantidade de diárias constante na Proposta de Contratação.

5.4.2 Se o Segurado permanecer internado em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice, terá direito somente à quantidade de Diárias que faltarem para completar o limite estabelecido na Proposta de Contratação, correspondente à vigência anterior, respeitado o exposto no subitem acima.

5.5 A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera o Segurado, ou seu representante, da obrigação de apresentar o formulário "AVISO DE SINISTRO".

5.6 O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após a entrega da documentação básica listada abaixo, será de 30 (trinta) dias.

5.7 As documentações abaixo mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e a sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

6. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO DE SINISTRO POR DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

- a) CPF e carteira de identidade do Segurado;
- b) aviso de Sinistro preenchido pelo médico assistente, responsável e/ou alguém por ele indicado, contendo a descrição do evento, datado e assinado pelo Segurado;
- c) prontuário médico comprovando a internação hospitalar;
- d) relatório de procedimento de internação com a descrição do tratamento, prognóstico e alta médica definitiva;
- e) todos os exames realizados;
- f) cópia simples do comprovante de residência do Segurado.

7. FRANQUIA

Em cada sinistro amparado por esta Cobertura Adicional será aplicada a franquia correspondente a 1 (um) dia de internação hospitalar.

8. PAGAMENTO DAS DIÁRIAS CONTRATADAS

8.1 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no formulário Aviso de Sinistro, no relatório da instituição hospitalar e no relatório do médico responsável, que deverá especificar o prazo de internação.

8.2 Estando devidamente caracterizada a internação hospitalar nos termos destas Condições Gerais, a Seguradora efetuará o pagamento de diárias por internação hospitalar, de acordo com o valor estabelecido na Proposta de Contratação, conforme abaixo indicado.

8.2.1 Quando a internação hospitalar for superior a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Seguradora, mediante relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo representante ou alguém por ele indicado, a cada 15 dias.

8.3 De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento de diárias por internação hospitalar, correspondente ao período em que o Segurado estiver internado, a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica.

8.4 Nos casos em que o período de internação hospitalar superar os 30 (trinta) dias, a Seguradora providenciará um único pagamento correspondente as diárias em que o Segurado permaneceu internado, a contar do 2º (segundo) dia da internação hospitalar até a sua alta médica.

8.5 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias a que o Segurado tiver direito, de acordo com o período de internação hospitalar, desde que assim justificadas por relatório médico e exames complementares ou auditoria médica, respeitando-se o capital segurado contratado e o limite máximo de indenização, previsto nesta cláusula adicional e na proposta de Contratação do Seguro.

8.6 Em caso de morte ou invalidez permanente total ou parcial por acidente do Segurado, cessará automaticamente o direito ao pagamento das diárias de internação hospitalar por acidente a partir da data em que ocorrer a morte ou a constatação da referida invalidez.

9. AVALIAÇÃO DA TAXA

9.1 A Seguradora efetuará avaliações anuais da taxa utilizada para o cálculo do prêmio desta Garantia adicional, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da apólice.

9.2 Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do segurado, a taxa reajustada será aplicada a partir do próximo aniversário anual de cada apólice em vigor nesta Seguradora., desde que comunicada mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice, mediante anuência expressa do segurado.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A garantia de diária de internação hospitalar abrange todos os eventos ocorridos e cobertos no Brasil.

11. DISPOSIÇÃO FINAL

Aplicam-se a esta garantia adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições deste contrato de seguro.