

CONDIÇÃO ESPECIAL COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) indicado(s), em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a “data do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

1.3. Para menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial do segurado.

2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:

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

2.1.2. Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, pandemias ou epidemias, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer momento; e

c) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como “invalidez acidentária”, em que o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de “invalidez por acidente pessoal”.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA):

- a) quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) contaminações radioativas e/ou exposições nucleares ou ionizantes, ainda que decorrentes de acidente coberto;
- c) envenenamento, ainda que acidental, por substâncias tóxicas, produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico;
- d) conseqüências advindas de tratamento ou exames médicos clínicos, cirúrgicos ou por equipamentos, quando tais procedimentos não forem resultantes de acidentes cobertos;
- e) prática pelo segurado de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem; e
- f) viagens em aeronaves ou embarcações:
 - que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

4.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições contratuais deste seguro.

4.2. Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído da apólice, bem como os segurados que participem por meio de inclusão de cônjuge e/ou filhos.

5. PRÊMIO

5.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

6. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

- 6.1. Esta cobertura adicional cessará:
- simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não-renovação da apólice à qual está vinculada; e
 - a pedido do estipulante do seguro ou a critério da seguradora, por escrito e com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio da Central de Atendimento.

7.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

7.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

7.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculados pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

7.4. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

7.5. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação de documentação solicitada no subitem 21.1.5 das condições gerais, e dos seguintes documentos:

- **Boletim de Ocorrência Policial;**
- **CNH, se for acidente de trânsito (e quando a vítima for o motorista);**
- **Certidão de Casamento (atualizada, no caso de sinistro do cônjuge); e**
- **Laudo Necroscópico do IML.**

7.6. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

7.7. Em caso de dúvida fundada e justificável, será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

7.8. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.

7.9. Esta junta médica deverá ser constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro, pelo segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

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

7.11. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado, para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

7.12. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará ao(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

8.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, caso venha a ficar total ou parcialmente inválido em caráter permanente em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a “data do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física e que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico.

2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:

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

2.1.2. Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):

- a) quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) os acidentes ocorridos em consequência da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais;**
- c) viagens em aeronaves ou embarcações:**
 - **que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;**
 - **que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;**
 - **dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;**
- d) as perturbações e intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico;**
- e) os tratamentos e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivos ao acidente;**
- f) os acidentes médicos;**
- g) as consequências advindas de tratamento ou de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;**
- h) as lesões classificadas como Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, inclusive a Lesão por Esforços Repetitivos – LER, problemas auditivos e outros;**
- i) envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores; e**
- j) perda de dentes ou danos estéticos.**

4. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ

4.1. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente por acidente, seja total ou parcial, estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para sua recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.

4.2. No caso de invalidez parcial por acidente, não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o valor da indenização por perda parcial será calculado pela aplicação, para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado da porcentagem prevista na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final desta condição especial.

4.3. Na falta de indicação do percentual de redução, sendo o grau classificado como máximo, médio ou mínimo, a indenização proporcional será calculada com base nos índices 75 (setenta e cinco), 50 (cinquenta) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente, aplicados sobre a mesma Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final desta condição especial.

4.4. Quando, de um mesmo acidente, resultar invalidez em mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se os percentuais estabelecidos para cada um, conforme Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final desta

condição especial, sendo que o total da indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado para invalidez permanente total ou parcial por acidente.

4.5. Havendo duas ou mais lesões parciais em um mesmo membro ou órgão, o somatório das indenizações não poderá exceder o total previsto na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final desta condição especial, caso houvesse a perda completa desse membro.

4.6. A perda ou redução maior da função de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dará direito a reclamações, salvo quando declarada previamente na proposta de adesão, caso em que se reduzirá do grau de definitiva a invalidez preexistente no cálculo da indenização.

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

4.8. Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final desta condição especial, a indenização será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

4.9. A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.

4.10. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

4.11. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.

4.12. Esta junta médica deverá ser constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro, pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

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

4.14. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de invalidez total ou parcial por acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

4.15. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito à indenização por invalidez permanente.

4.16. Se ambas as coberturas por morte e invalidez permanente total ou parcial por acidente tiverem sido contratadas, suas indenizações não se acumularão. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em

consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida da indenização por morte.

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

5.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais e no contrato deste seguro.

5.2. Após o pagamento da indenização de invalidez permanente total por acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice, bem como os segurados que participem por meio de inclusão de cônjuge e/ou filhos.

6. PRÊMIO

6.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

7.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não-renovação da apólice à qual está vinculada; e
- a pedido do estipulante do seguro, ou a critério da seguradora, por escrito e com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio da Central de Atendimento.

8.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

8.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

8.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculados pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

8.4. O valor a ser indenizado ao(s) segurado(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

8.5. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- **comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);**
- **cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);**

- exame de corpo de delito, quando indicado;
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
- comprovante de residência do segurado;
- formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;
- cópia do Registro de Empregado e comprovante de pagamento do salário referente ao último mês de atividade;
- cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
- CNH, se for acidente de trânsito (e quando o segurado sinistrado for o motorista);
- no caso de invalidez total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS;
- exames e laudos médicos que confirmem a invalidez permanente; e
- relatório médico informando o diagnóstico, tratamento usado, alta definitiva e, as seqüelas definitivas, discriminadas em grau porcentual, com firma reconhecida.

8.6. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

8.7. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

8.8. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

8.9. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

9. DISPOSIÇÃO FINAL

9.1. No caso de invalidez parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

9.2. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

9.3. Os casos não previstos na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final desta condição especial, serão pagos com base em literatura mundial.

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)	
	%
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento toraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES	
	%
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos radioulnares	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: equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE 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 tibioperoneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20

Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1° (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1° (primeiro) dedo, equivalente a ½ (metade), e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 (um terço) 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
DIVERSAS	%
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
Em grau mínimo	10
Em grau médio	20
Em grau máximo	30
NARIZ	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	7
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	7
Unilateral com fistulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fistulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
Ectrópio unilateral	3
Ectrópio bilateral	6
Entrópio unilateral	7
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	3
Má oclusão palpebral bilateral	6
Ptose palpebral unilateral	5
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	15
- mais de 50% (cinquenta por cento)	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	8
Perda total das duas orelhas	16
ARTICULAÇÕES (ANQUILOSES)	
Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25% (vinte e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor,	

conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MEMBROS	
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
Perda do braço	15
APARELHO URINÁRIO	
Perda de um rim	
Função renal preservada	15
Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50
Insuficiência renal	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática	sem indenização
SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	2
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo à deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOME (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)	
Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	10

Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial sem transtorno funcional	5
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	7

CONDIÇÃO ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, caso venha a se tornar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

1.2. Para efeito deste seguro, entende-se como “invalidéz permanente total”, os acidentes que resultem em:

- perda total da visão de ambos os olhos;
- perda total do uso de ambos os braços;
- perda total do uso de ambas as pernas;
- perda total do uso de ambas as mãos;
- perda total do uso de um braço e uma perna;
- perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;
- perda total do uso de ambos os pés;
- alienação mental total e incurável; e
- nefrectomia bilateral.

1.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente do segurado, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física e que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a invalidez total do segurado, ou que torne necessário tratamento médico.

2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:

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

2.1.2. Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:

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

- b) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer momento; e
- c) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de “invalidez por acidente pessoal”.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):

- a) quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) os acidentes ocorridos em conseqüência da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais;
- c) viagens em aeronaves ou embarcações:
- que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;
- d) as perturbações e intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico;
- e) os tratamentos e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivos ao acidente;
- f) os acidentes médicos;
- g) as conseqüências advindas de tratamento ou de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;
- h) as lesões classificadas como Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, inclusive a Lesão por Esforços Repetitivos – LER, problemas auditivos e outros;
- i) envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores; e
- j) perda de dentes ou danos estéticos.

4. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ

4.1. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.

4.2. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

4.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.

4.4. Esta junta médica deverá ser constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro, pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

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

4.6. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de invalidez total por acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

5.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais e no contrato deste seguro.

5.2. Após o pagamento da indenização de invalidez permanente total por acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice, bem como os segurados que participem por meio de inclusão de cônjuge e/ou filhos.

6. PRÊMIO

6.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

7.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não-renovação da apólice à qual está vinculada; e
- a pedido do estipulante do seguro, ou a critério da seguradora, por escrito e com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio da Central de Atendimento.

8.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

8.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

8.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculados pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

8.4. O valor a ser indenizado ao(s) segurado(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

8.5. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- **comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);**
- **cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);**
- **exame de corpo de delito, quando indicado;**
- **cópia do RG/RNE e CPF do segurado;**
- **comprovante de residência do segurado;**
- **formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;**
- **cópia do Registro de Empregado e comprovante de pagamento do salário referente ao último mês de atividade;**
- **cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);**
- **CNH, se for acidente de trânsito (e quando o segurado sinistrado for o motorista);**
- **no caso de invalidez total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS;**
- **exames e laudos médicos que confirmem a invalidez permanente; e**
- **relatório médico informando o diagnóstico, tratamento usado, alta definitiva e, as seqüelas definitivas, discriminadas em grau porcentual, com firma reconhecida.**

8.6. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito e no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

8.7. Em caso de dúvida fundada e justificável, será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

8.8. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado, para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

8.9. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

9. DISPOSIÇÃO FINAL

9.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

9.2. Os casos não previstos na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final desta condição especial, serão pagos com base em literatura mundial.

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100

CONDIÇÃO ESPECIAL COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Desde que contratado, garante o pagamento antecipado do capital segurado da cobertura de morte, ao próprio segurado, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, durante a vigência do seguro e conseqüente de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item 4 – RISCOS COBERTOS - desta condição, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Agravo Mórbido: piora de uma doença.

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

2.3. Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.4. Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

2.5. Auxílio: a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.6. Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

2.7. Cardiopatia Grave: doença relacionada às afecções do coração considerada grave.

2.8. Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.

2.9. Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

2.10. Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.11. Dados Antropométricos: peso e a altura do segurado.

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

- 2.13. Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.14. Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.15. Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.16. Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.17. Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.18. Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, em que o paciente é considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.19. Doença Neoplásica Maligna Ativa:** crescimento celular desordenado provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres e tumores malignos em atividade.
- 2.20. Doença Profissional:** aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- 2.21. Estado Conexo:** o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.
- 2.22. Etiologia:** causa de cada doença.
- 2.23. Fator de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.24. Hígido:** saudável.
- 2.25. Médico-Assistente:** médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.26. Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.27. Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.28. Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.29. Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.30. Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

2.31. Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo de se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente bem como nele se deslocar.

2.32. Seqüela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.33. Transferência Corporal: capacidade do segurado de se deslocar de um local para outro sem qualquer auxílio.

3. DA COBERTURA

3.1. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônomicas do segurado comprovadas na forma definida nas condições gerais e/ou especiais. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Considera-se “risco coberto” a ocorrência, comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestados por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:

- a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) doenças neoplásicas malignas ativas sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença**;
- e) doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) deficiência visual, **decorrente de doença**:
 - cegueira na qual a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou

- ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado; e

i) os seguintes estados mórbidos decorrentes de doença:

- perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

4.2. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF – **Anexo**, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

4.3. O IAIF - Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional é composto por dois documentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos, avalia, por meio de escalas com 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

4.4. O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

4.5. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

4.6. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados.

4.7. O segundo documento, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas.

4.8. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, especificados a seguir:

- a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e**
- c) doenças agravadas por traumatismos.**

6. CARÊNCIA

- 6.1.** Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido no contrato.
- 6.2.** O período de carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou Exame Médico.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1.** A idade máxima para adesão à cobertura e permanência sob a mesma será definida no contrato.

8. CAPITAIS SEGURADOS

- 8.1.** Os capitais segurados serão determinados pelo estipulante através do contrato.
- 8.2.** Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

9. PRÊMIO

- 9.1.** A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1.** A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica devidamente preenchida e assinada por médico-assistente.
- 10.2.** A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
- 10.3.** Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico-assistente e por si, o segurado deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.
- 10.4.** Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
- 10.5.** Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 4 – RISCOS COBERTOS.

10.6. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:

- a) cópia do RG/RNE, CPF e comprovante de residência do segurado;**
- b) relatório do médico-assistente do segurado:**
- **Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada; e**

- **Detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autônômicas do segurado.**

c) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior; e

d) formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente.

10.7. Protocolado o Aviso de Sinistro, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.

10.7.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

10.8. Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

10.9. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

10.10. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

10.11. O segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.

11. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

11.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

11.2. A seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

12. PERÍCIA MÉDICA

12.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

12.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

13. JUNTA MÉDICA

13.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, 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.

13.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

14. CANCELAMENTO DO SEGURO

14.1. Desde que efetivamente comprovada, por ser a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da cobertura básica, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos com atualização monetária.

14.2. Caso não seja comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais condições contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.

15. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

15.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença serão de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

16. DISPOSIÇÃO FINAL

16.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

ANEXO
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sem supervisão; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor?	00
	2º GRAU: O segurado apresenta desorientação; necessita de assistência à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e/ou déficit cognitivo?	10
	3º GRAU: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental?	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais?	00
	2º GRAU: O segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição?	10
	3º GRAU: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, encontrando-se em estágio que demande suporte médico mantido (controlado) que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de assistência e/ou auxílio técnico?	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O segurado realiza, sem assistência, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a auto-suficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos?	00
	2º GRAU: O segurado necessita de assistência e/ou auxílio técnico eventuais para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres)?	10
	3º GRAU: O segurado necessita de assistência mantida para as atividades diárias de higiene e asseio pessoal, assim como para aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40 (quarenta)?	2
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso?	2
Há curso de recidiva e/ou progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não a disfunção imune?	4
Existem mais de 2 (dois) fatores agravantes de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade?	4
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevida e/ou refratariedade terapêutica?	8

CONDIÇÃO ESPECIAL COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao próprio segurado durante a vigência do seguro, em caso de falecimento de seu cônjuge, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

1.2. Por esta cobertura suplementar, também farão parte do grupo segurado os cônjuges de todos os segurados, desde que a esse grupo já não pertençam como segurados.

1.3. O cônjuge poderá, também, participar das coberturas adicionais mediante solicitação na proposta de adesão, e desde que sejam contratadas pelo segurado.

2. CONCEITO

2.1. Cônjuge ou Companheiro(a): pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios previstos contratualmente.

3. INCLUSÃO NO SEGURO

3.1. Participarão do presente seguro os cônjuges de todos os segurados.

3.2. Os segurados pertencentes a categorias para as quais não são expedidas Carteiras Profissionais de Trabalho podem incluir no seguro os(as) companheiros(as), quando estes(as) estiverem registrados(as) de acordo com regulamentação própria.

3.3. A indicação do cônjuge para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra a inclusão, ou caso ocorra a inclusão de cônjuge não legalmente habilitado ou, ainda, caso o cônjuge incluso já faça parte do grupo segurado como segurado, não haverá direito à indenização, sendo nesses últimos casos devolvidos os VALORES DO PRÊMIO REFERENTE À INCLUSÃO INDEVIDA DA COBERTURA DE CÔNJUGE.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. De acordo com o disposto no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE

5.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:

- na data do início da garantia do risco individual do segurado; e
- na data da inclusão da condição no seguro, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE

6.1. O seguro do cônjuge terminará:

- com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
- com o cancelamento desta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
- com o término do seguro do segurado;
- com a morte do segurado, sua invalidez permanente total por acidente ou sua invalidez funcional permanente e total por doença;
- na ocorrência de separação judicial ou divórcio;
- no caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR), quando se tratar de companheiro(a); e/ou
- a pedido por escrito do segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O capital segurado do cônjuge incluído automaticamente e as coberturas contratadas serão definidos no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado.

8. PRÊMIO

8.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

9. BENEFICIÁRIO

9.1. A indenização devida por esta condição será paga ao respectivo segurado.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR

10.1. Esta cobertura suplementar cessará:

- facultativamente, no aniversário da apólice, por iniciativa da seguradora ou do estipulante, mediante aviso por escrito com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência; e
- obrigatoriamente, quando a apólice da qual esta Condição Especial da Cobertura Suplementar é parte integrante for cancelada ou não renovada.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Será o disposto nas condições gerais do seguro e de acordo com cada cobertura contratada.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

COBERTURA ESPECIAL

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao próprio segurado, durante a vigência do seguro, em caso de falecimento de seu cônjuge, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

1.2. O cônjuge poderá, também, participar das coberturas adicionais mediante solicitação na proposta de adesão e desde que sejam contratadas pelo segurado.

2. CONCEITO

2.1. Cônjuge ou Companheiro(a): pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios previstos contratualmente.

3. INCLUSÃO NO SEGURO

3.1. Participarão do presente seguro os cônjuges dos segurados que expressamente autorizarem/solicitarem sua inclusão de forma facultativa.

3.2. A indicação do cônjuge para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra a inclusão, ou caso ocorra a inclusão de cônjuge não legalmente habilitado ou, ainda, caso o cônjuge incluso já faça parte do grupo segurado, não haverá direito à indenização, sendo nesses últimos casos devolvidos os VALORES DO PRÊMIO REFERENTE À INCLUSÃO INDEVIDA DA COBERTURA DE CÔNJUGE.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. De acordo com o disposto no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE

5.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

- na data do início da cobertura do risco individual do segurado, desde que a inclusão de seu cônjuge seja solicitada simultaneamente, mediante análise e aceitação pela seguradora; e
- quando este não for incluído simultaneamente com o segurado, o início de vigência do risco individual do seguro do cônjuge será a partir da vigência correspondente ao mês da solicitação expressa do segurado.

6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE

6.1. O seguro do cônjuge terminará:

- com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta Condição Especial da Cobertura Suplementar;

- com o cancelamento desta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
- com o término do seguro do segurado;
- com a morte do segurado, com sua invalidez permanente total por acidente ou com sua invalidez funcional permanente e total por doença;
- na ocorrência de separação judicial ou de fato;
- no caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR), quando se tratar de companheiro(a); e/ou
- a pedido por escrito do segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O capital segurado do cônjuge facultativo e as coberturas contratadas serão definidos no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado.

8. PRÊMIO

8.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

9. BENEFICIÁRIO

9.1. A indenização devida por esta condição será paga ao respectivo segurado.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR

10.1. Esta cobertura suplementar cessará:

- facultativamente, no aniversário da apólice, por iniciativa da seguradora ou do estipulante, mediante aviso por escrito com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência;
- obrigatoriamente, quando a apólice da qual esta Condição Especial da Cobertura Suplementar é parte integrante for cancelada ou não renovada.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Será o disposto nas condições gerais do seguro e de acordo com cada cobertura contratada.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

COBERTURA ESPECIAL

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao próprio segurado, durante a vigência do seguro, em caso de falecimento de algum de seus filhos dependentes, maior de 14 (quatorze) anos, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual, e desde que seja contratada a mesma cobertura para o cônjuge, com inclusão automática na apólice.

1.2. Cada filho está coberto apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados, sendo considerado dependente do cônjuge de maior capital segurado.

1.3. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado para filhos;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

2. CONCEITO

2.1. Entende-se como "filho(s)", o(s) considerado(s) dependente(s) econômico(s) do segurado, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR):

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

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

3. INCLUSÃO NO SEGURO

3.1. Participarão do presente seguro todos os filhos do segurado, desde que estejam em perfeitas condições de saúde.

3.2. A indicação do(s) filho(s) para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado, que se responsabiliza pelo estado de saúde do filho incluído no seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. De acordo com o disposto no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

5.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:

- na data do início da garantia do risco individual do segurado; e

- na data da inclusão da condição na apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

6. TÉRMINO DO SEGURO DO(S) FILHO(S)

6.1. O seguro terminará:

- com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
- com o cancelamento desta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
- com o término do seguro do segurado;
- com a morte do segurado ou do cônjuge, com sua invalidez permanente total por acidente ou com sua invalidez funcional permanente e total por doença; e/ou
- a pedido por escrito do segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O capital segurado da cobertura de morte do(s) filho(s) não poderá, em hipótese alguma, ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado.

8. PRÊMIO

8.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

9. BENEFICIÁRIO

9.1. A indenização devida por esta condição será paga ao respectivo segurado. Na hipótese de morte simultânea, a indenização será paga aos herdeiros legais.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR

10.1. Esta Cobertura Suplementar cessará:

- facultativamente, no aniversário da apólice, por iniciativa da seguradora ou do estipulante, mediante aviso por escrito com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência; e
- obrigatoriamente, quando a apólice da qual esta Condição Especial da Cobertura Suplementar é parte integrante for cancelada ou não renovada.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Será o disposto nas condições gerais do seguro.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.