

Seguro Coletivo de Pessoas – Bradesco

Registro do Produto na SUSEP: 15414.002914/2006-14

Cobertura de Morte

Cláusulas Complementares

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado por causas naturais ou acidentais durante o Período de Cobertura, observado o disposto no parágrafo único desta cláusula.

Parágrafo Único. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a morte do Segurado resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO III – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 3ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da morte do Segurado.

Cláusula 4ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário à Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A., são os seguintes:

- I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II. cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- III. cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge, ou em caso de morte do cônjuge;
- IV. Declaração de *Causa Mortis* (formulário fornecido pela Seguradora) em caso de morte natural;
- V. cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- VI. Laudo de Necrópsia ou Cadavérico;
- VII. cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;

- VIII. cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- IX. cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
- X. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do cônjuge;
- XI. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário, em caso de morte do Segurado;
- XII. cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe; e
- XIII. cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO IV – CONTRATAÇÃO

Cláusula 5ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO V – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 6ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Morte todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

Seguro Coletivo de Pessoas – Bradesco

Registro do Produto na SUSEP: 15414.002914/2006-14

Cobertura de Morte Acidental

Cláusulas Complementares

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado por causas **exclusivamente acidentais** durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Morte Acidental, 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 independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte do Segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal: a) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice; 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 da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal: a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências 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 de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a morte do Segurado,

mesmo que decorrente de causa acidental, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II – RISCOS COBERTOS

Cláusula 2ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido na Cláusula 1ª, está expressamente coberta a Morte Acidental decorrente de:

- I.* acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- II.* acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- III.* ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos**;
- IV.* choque elétrico e raio;
- V.* contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- VI.* acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- VII.* infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;
- VIII.* queda n'água ou afogamento;
- IX.* seqüestro, tentativa de seqüestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e
- X.* tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 3ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte Acidental e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO IV – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 4ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

Cláusula 5ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Beneficiário para a Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A., são os seguintes:

- I.* Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II.* cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

- III. cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge, ou em caso de morte do cônjuge;
- IV. cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- V. Laudo de Necrópsia ou Cadavérico;
- VI. cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;
- VII. cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- VIII. cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
- IX. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do cônjuge;
- X. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário, em caso de morte do Segurado;
- XI. cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe; e
- XII. cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO V – CONTRATAÇÃO

Cláusula 6ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VI – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 7ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Morte Acidental todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

Seguro Coletivo de Pessoas – Bradesco

Registro do Produto na SUSEP: 15414.002914/2006-14

Inclusão de Filho(s)

Cláusulas Complementares

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado principal o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, em decorrência de morte por causas naturais ou acidentais do seu(s) filho(s), durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. A inclusão do(s) filho(s) poderá ser feita de forma automática ou facultativa, conforme estabelecido no Contrato de Seguro, sendo:

- I. automática, quando o Seguro abranger o(s) filho(s) de todos os Segurados principais; e
- II. facultativa, quando o Seguro abranger o(s) filho(s) dos Segurados principais e/ou do(s) cônjuge(s) segurado(s) que assim o autorizarem.

Parágrafo 2º. Equiparam-se aos filhos, os enteados e os menores considerados dependentes econômicos do Seguro principal.

Parágrafo 3º. A inclusão de filho(s) menores de 14 (quatorze) anos destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral até o limite do Capital Segurado contratado, que devem ser comprovadas mediante apresentação de documentação com discriminação das despesas realizadas.

Parágrafo 4º. Consideram-se despesas com funeral as havidas com traslado, excluídas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

Parágrafo 5º. Quando ambos os cônjuges forem Segurados, o(s) filho(s) somente pode(m) ser incluído(s) uma única vez, como dependente daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta cobertura.

Parágrafo 6º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se o Sinistro resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Inclusão de Cônjuge e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas.

ções Gerais do Seguro bem como na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

CAPÍTULO III – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 3ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Sinistro, de acordo com o disposto na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

Cláusula 4ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado à Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A., são aqueles estabelecidos na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es), conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO IV – CONTRATAÇÃO

Cláusula 5ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada combinada com qualquer outra(s) cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO V – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 6ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Inclusão de Filho(s) todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

Seguro Coletivo de Pessoas – Bradesco

Registro do Produto na SUSEP: 15414.002914/2006-14

Inclusão de Cônjuge

Cláusulas Complementares

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado principal o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, em decorrência de Sinistro coberto do seu cônjuge, durante o Período de Cobertura, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. A inclusão do cônjuge poderá ser feita de forma automática ou facultativa, conforme estabelecido no Contrato de Seguro, sendo:

- I. automática, quando o Seguro abranger os cônjuges de todos os Segurados principais; e
- II. facultativa, quando o Seguro abranger os cônjuges dos Segurados principais que assim o autorizarem.

Parágrafo 2º. Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos Segurados, se ao tempo da adesão ao Seguro o Segurado principal era separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

Parágrafo 3º. O Capital Segurado estipulado para a Inclusão de Cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo à(s) respectiva(s) cobertura(s) do Segurado principal.

Parágrafo 4º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se o Sinistro resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV das Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Inclusão de Cônjuge e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro bem como na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

CAPÍTULO III – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 3ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Sinistro, de acordo com o disposto na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

Cláusula 4ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado à Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A., são aqueles estabelecidos na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es), conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO IV – CONTRATAÇÃO

Cláusula 5ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar não poderá ser contratada isoladamente.

CAPÍTULO V – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 6ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Inclusão de Cônjuge todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

Seguro Coletivo de Pessoas – Bradesco

Registro do Produto na SUSEP: 15414.002914/2006-14

Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente

Cláusulas Complementares

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente a um percentual do valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a invalidez permanente total ou parcial do Segurado por causas **exclusivamente acidentais** durante o Período de Cobertura, desde que a invalidez permanente seja devidamente constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após a conclusão do tratamento e após esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente, 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 independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal: a) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice; 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 da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal: a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a invalidez permanente do Segurado, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 3º. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro, não dará direito à Indenização.

Cláusula 2ª. O Capital Segurado desta cobertura será automaticamente reintegrado após cada Sinistro de invalidez permanente acidental parcial.

Parágrafo 1º. Entende-se por reintegração do Capital Segurado a recondução do seu valor máximo estipulado, sempre que for reduzido em razão da dedução de Indenização por invalidez permanente acidental parcial, decorrente de um determinado Sinistro.

Parágrafo 2º. Não haverá reintegração do Capital Segurado se, após constatada e indenizada a perda, redução ou impotência funcional parcial e permanente de um membro ou órgão, for constatada a perda, redução ou impotência funcional parcial permanente de outro membro ou órgão em decorrência do mesmo evento.

Parágrafo 3º. Também não haverá reintegração de Capital Segurado em caso de Sinistro de invalidez permanente acidental total, hipótese em que a cobertura de que trata esta cláusula será extinta.

CAPÍTULO II – RISCOS COBERTOS

Cláusula 3ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido na Cláusula 1ª, está expressamente coberta a Invalidez Permanente por Acidente decorrente de:

- I. acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- II. acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- III. ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- IV. choque elétrico e raio;
- V. contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- VI. acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- VII. infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

- VIII. queda n'água ou afogamento;
 IX. seqüestro, tentativa de seqüestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e
 X. tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 4ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO IV – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5ª. O valor da Indenização para a Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente será apurado mediante a aplicação dos percentuais estabelecidos na Tabela abaixo sobre o valor do Capital Segurado estabelecido para esta Cobertura, e estará limitada a 100% (cem por cento) do valor do referido Capital:

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver 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
Parcial Membros Superiores	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Parcial Membros Superiores	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 $\frac{1}{3}$ do valor do dedo respectivo	
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um dos pés	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 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 (primeiro) dedo: Indenização equivalente a $\frac{1}{2}$, e dos demais dedos, equivalente a $\frac{1}{3}$ do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de:	
	– 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	– 4 (quatro) centímetros	10
– 3 (três) centímetros	6	
– menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização	

Cláusula 6ª. Configuram a Invalidez Permanente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto.

Parágrafo 1º. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro, não dará direito à Indenização.

Parágrafo 2º. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

Cláusula 7ª. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na Tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação de um determinado percentual de redução para os casos das articulações, e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento). A rigidez caracteriza os 100% (cem por cento) da perda funcional da articulação.

Parágrafo 1º. Nos casos não especificados nesta cláusula complementar, a Indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

Parágrafo 2º. Quando do mesmo acidente resultar a invalidez permanente de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à Indenização prevista para a sua perda total.

Cláusula 8ª. Para efeito do cálculo da Indenização, a perda ou a maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do Acidente Pessoal ocorrido durante o Período de Cobertura deste Seguro deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

Cláusula 9ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para a Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A. são os seguintes:

- I. Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II. Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora);
- III. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- IV. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;
- V. cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- VI. cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
- VII. cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;

VIII. cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;

IX. radiografia do membro atingido, se for o caso; e

X. cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez permanente total com alienação mental.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 10ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 11ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 12ª. No caso de Sinistro que envolva Invalidez Permanente por Acidente e que apresente divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

Parágrafo 1º. 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.

Parágrafo 2º. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempatedor, se houver divergência.

Cláusula 13ª. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempatedor, do seu diagnóstico conclusivo.

CAPÍTULO V – CONTRATAÇÃO

Cláusula 14ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VI – DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 15ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

Seguro Coletivo de Pessoas – Bradesco

Registro do Produto na SUSEP: 15414.002914/2006-14

Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença

Cláusulas Complementares

CAPÍTULO I – OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização em caso de invalidez funcional permanente total consequente de doença, que acarrete a perda da sua existência independente.

Parágrafo 1º. Para os efeitos do disposto no *caput* desta cláusula, a “perda da existência independente do Segurado” é caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definida nestas cláusulas complementares.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula:

- I. se a Invalidez Funcional Permanente e Total do Segurado for consequente de Acidente Pessoal e não de doença;**
- II. se a doença que causar a Invalidez Funcional Permanente e Total do Segurado resultar de ou configurar qualquer dos Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais como Riscos Excluídos;**
- III. ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas nas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.**

CAPÍTULO II – DAS DEFINIÇÕES

Cláusula 2ª. Além dos termos definidos no Capítulo II das Condições Gerais do Seguro, as palavras relacionadas abaixo, quando aparecerem no texto destas cláusulas complementares ou de outros documentos relativos a este Seguro, com as iniciais em letra maiúscula, terão o significado abaixo, observando-se que o singular abrange o plural, o masculino o feminino e vice-versa:

1. Agravamento Mórbido – piora de uma doença
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.
3. Aparelho Locomotor – Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
4. Atividade Laborativa – qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.
5. Auxílio – ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
6. Ato Médico – procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
7. Cardiopatia Grave – doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
8. Cognição – conjunto de processos mentais usados no

pensamento, na memória, na percepção, a classificação, no reconhecimento etc.

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

10. Consumpção – definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

11. Dados Antropométricos – no caso da Cobertura por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

12. Deambular – ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

13. 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.

14. Deficiência Visual – qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

15. Disfunção Imunológica – incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

16. Doença Crônica – Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

17. Doença Crônica em Atividade – Doença Crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

18. Doença Crônica de Caráter Progressivo – Doença Crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

19. Doença do Trabalho – aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

20. Doença em Estágio Terminal – aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

21. 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 ou tumores malignos em atividade.

22. Doença Profissional – aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

23. Estados Conexos – representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

24. Etiologia – causa de cada doença.

25. Fatores de Risco e Morbidade – aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

26. Hígido – saudável.

27. Médico Assistente – médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

28. Prognóstico – juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

29. Quadro Clínico – conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

30. Recidiva – reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
31. Refratariedade Terapêutica – incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
32. Relações Existenciais – aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
33. Sentido de Orientação – faculdade do indivíduo de se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.
34. Seqüela – qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
35. Transferência Corporal – capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

CAPÍTULO III – RISCOS COBERTOS

Cláusula 3ª. Está expressamente coberta a invalidez funcional permanente total do Segurado decorrente de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

- I. Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- II. 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 controle clínico;
- III. 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;
- IV. Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença**;
- V. Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- VI. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- VII. Deficiência visual, **decorrente de doença**:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é 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 a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
- VIII. Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado; e
- IX. Estados mórbidos, **decorrentes de doença**, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - 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.

Cláusula 4ª. Também está expressamente coberta a Invalidez Funcional Permanente Total do Segurado decorrente de outros Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença, desde que avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF e que atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

Parágrafo 1º. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF é composto pela Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos (Anexo 1) e pela Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade (Anexo 2).

Parágrafo 2º. A Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos (Anexo 1) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

Parágrafo 3º. O 1º 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.

Parágrafo 4º. Para a classificação no 2º ou 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali previstas.

Parágrafo 5º. Todos os Atributos constantes na Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

Parágrafo 6º. A Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade valoriza cada uma das situações ali previstas.

Parágrafo 7º. Os itens da Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

CAPÍTULO IV – RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 5ª. Além dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro, configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e, por isso, não geram ao Segurado direito a Indenização:

- I. a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal;
- II. a invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado;
- III. os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);
- IV. as doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo progressivo;

V. os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;

VI. as doenças agravadas por traumatismos;

VII. as doenças nas quais se documente alguma interação e ou intercorrência relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e ou a posturas viciosas; e

VIII. toda e qualquer outra condição médica que não esteja expressamente listada no Capítulo III destas cláusulas complementares.

CAPÍTULO V – INDENIZAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 6ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data indicada na Declaração Médica de que trata o inciso II da Cláusula 7ª.

Parágrafo Único. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único.

Cláusula 7ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para a Sucursal da Seguradora ou Agência do Banco Bradesco S.A. são os seguintes:

I. Formulário de Autorização para Crédito em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II. Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

III. Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do Sinistro), atestando a doença e indicando 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 nestas cláusulas complementares;

IV. Relatório do médico-assistente do Segurado:

• indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 autônomicas do Segurado.

V. cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado, bem como seu número de telefone;

VI. 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 nestas cláusulas complementares.

VII. cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez laborativa permanente total por doença com alienação mental.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário

para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 4º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 8ª. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

Cláusula 9ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 10ª. No caso de Sinistro que apresente divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

Parágrafo 1º. 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.

Parágrafo 2º. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempassador, se houver divergência.

Cláusula 11ª. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempassador, do seu diagnóstico conclusivo.

CAPÍTULO VI – CONTRATAÇÃO

Cláusula 12ª. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença que tratam estas cláusulas complementares poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro Coletivo de Pessoas.

CAPÍTULO VII– DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 13ª. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, 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.

Parágrafo Único. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar 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.

Cláusula 14ª. Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura. Nessa hipótese, os Prêmios relativos a esta cobertura eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

Cláusula 15ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob o nº 15414.002914/2006-14, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

Anexo 1

Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos

Atributos	Escalas	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 sozinho e sem auxílio; 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 auxílio 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 de cognição.	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) comprovadas 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, que se encontre 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 auxílio humano e ou técnico.	20
Conectividade do Segurado com a vida	1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, 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 autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º grau: O Segurado necessita de auxílio 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 auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

Anexo 2

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 morbididade do caso e ou há IMC (índice de massa corporal) superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbididade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de dois fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08