

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO EXCELSIOR – PESSOAS COLETIVO PLUS

Sumário

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO EXCELSIOR – PESSOAS COLETIVO PLUS	1
CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES	3
CLÁUSULA 2 – OBJETIVO DO SEGURO	3
CLÁUSULA 3 – GLOSSÁRIO	4
CLÁUSULA 4 - ESTIPULANTE	8
CLÁUSULA 5 - ÂMBITO GEOGRÁFICO	10
CLÁUSULA 6 – COBERTURAS.....	10
CLÁUSULA 7 – RISCOS EXCLUÍDOS	11
CLÁUSULA 8 – CONTRATAÇÃO, ALTERAÇÃO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	12
CLÁUSULA 9 – PAGAMENTO DO PRÊMIO	14
CLÁUSULA 10 – CAPITAL SEGURADO	16
CLÁUSULA 11 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS DE MORA	16
CLÁUSULA 12 – INDENIZAÇÃO	17
CLÁUSULA 13 – CARÊNCIA	18
CLÁUSULA 14 – FRANQUIA	18
CLÁUSULA 15 - LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS	19
CLÁUSULA 16 - RESCISÃO E CANCELAMENTO	22
CLÁUSULA 17 - PERDA DE DIREITO	22
CLÁUSULA 18 – BENEFICIÁRIOS.....	23
CLÁUSULA 19 - PRESCRIÇÃO	23
CLÁUSULA 20 – FORO	24
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)	25
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA).....	27
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	29
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	34
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	37
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)	46

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO).....	49
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT)	52
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIH)	56
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO (DCFI)	59
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS (IEFP)	61
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DOENÇAS GRAVES (DG)	63
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL (DT)	72
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – NEOPLASIA - (DCN)	74
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS PORMORTE (VRM)	76
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE CESTA BÁSICA MORTE (CBM)	79
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS (DD)	81
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTOS (AM)	83
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO EDUCAÇÃO (AE)	85
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE FUNERAL (F)	87
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE DE FORMA AUTOMÁTICA	92
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE DE FORMA FACULTATIVA	94
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS DE FORMA AUTOMÁTICA	96
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS DE FORMA FACULTATIVA	99
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS (ET)	102

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO EXCELSIOR – PESSOAS COLETIVO PLUS

CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. Estas são as Condições Gerais do Plano EXCELSIOR – PESSOAS COLETIVO PLUS, nome fantasia, do Ramo 0993 – Vida; este Plano é regido pelas disposições contidas nestas Condições.
- 1.2. Este plano destina-se a cobertura de segurados individuais incluídos em apólice coletiva, emitida em nome de um Estipulante.
- 1.3. A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.
- 1.4. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 1.5. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 1.6. Todos os valores constantes dos documentos relativos a este plano de seguro serão expressos em moeda corrente nacional.
- 1.7. Este seguro é por prazo determinado tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.
- 1.8. Serão consideradas em cada caso, somente as condições correspondentes às coberturas expressamente previstas e discriminadas nestas Condições Gerais, desprezando-se quaisquer outras, mesmo que existentes em produto similar.
- 1.9. O Segurado, Estipulante e Subestipulante, ao assinarem as propostas, declaram tacitamente que tomaram conhecimento das Condições Contratuais deste seguro.
- 1.10. As Condições Contratuais ficam à disposição do proponente individual, através do Estipulante, para conhecimento antes da assinatura da proposta de adesão individual, sendo que a assinatura da Proposta de Adesão configura conhecimento e aceitação de seu teor.
- 1.11. As peças promocionais e de publicidade deverão ser divulgadas sob supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições contratuais e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

CLÁUSULA 2 – OBJETIVO DO SEGURO

Garantir o pagamento de indenização ao Segurado ou ao beneficiário pela ocorrência dos riscos especificados como cobertos, de acordo com as coberturas e limites dos Capitais

Segurados contratados e especificados na apólice, nos termos destas Condições Gerais e das demais Condições Contratuais.

CLÁUSULA 3 – GLOSSÁRIO

- 3.1. **ACIDENTE PESSOAL** –Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.
- 3.2. **APÓLICE** – Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).
- 3.3. **ATIVIDADE LABORATIVA** – Qualquer ação ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.
- 3.4. **ATO MÉDICO** – Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 3.5. **AVISO DE SINISTRO** – Obrigação do Segurado ou do Beneficiário, visando acautelar seus interesses, de comunicar a ocorrência de sinistro garantido pela apólice, à Seguradora, para que esta inicie seu processo de regulação.
- 3.6. **BENEFICIÁRIO** – Pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- 3.7. **CAPITAL SEGURADO** – Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.
- 3.8. **CARÊNCIA** – Período de tempo ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 3.9. **CERTIFICADO INDIVIDUAL** – Documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de Capital Segurado ou prêmio.
- 3.10. **COBERTURA** – Proteção contra determinado risco, contratada pelo Segurado ou pelo Estipulante, de acordo com as condições da Apólice.
- 3.11. **CONDIÇÕES CONTRATUAIS**– Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

- 3.12. **CONDIÇÕES ESPECIAIS** – É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 3.13. **CONDIÇÕES GERAIS** – Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos beneficiários e do Estipulante.
- 3.14. **CONTRATO** – Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados, e dos beneficiários.
- 3.15. **DATA DE EXIGIBILIDADE** – Data a partir da qual incide atualização de valores a serem pagos como indenização, reembolso de despesas cobertas e recebimento ou devolução de prêmios, conforme previsto nestas condições.
- 3.16. **DECLARAÇÃO MÉDICA** – Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 3.17. **DOCUMENTOS CONTRATUAIS** – A apólice, o certificado individual (nas apólices coletivas), e o endosso.
- 3.18. **DOENÇA CONGÊNITA** – É a moléstia inata desenvolvida que ocasione incapacidade que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor.
- 3.19. **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 com expectativa de morte eminente, conforme atestado pelo médico assistente do Paciente e desde que reconhecido pela Seguradora.
- 3.20. **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.
- 3.21. **DOENÇA PROFISSIONAL** – Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- 3.22. **DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES** – São aquelas, inclusive as congênicas, que o Segurado sabia ser portador ou sofredor à época da contratação do seguro e não declaradas na Proposta de Adesão.
- 3.23. **DOWNLOAD** – Ato de transferir (baixar) um ou mais arquivos de um servidor remoto para um computador local. É um procedimento muito comum e necessário
- 3.24. **EMOLUMENTOS** - Conjunto de despesas adicionais que a Seguradora cobra do Segurado, correspondente às parcelas de impostos e outros encargos a que está sujeito o seguro.

- 3.25. ENDOSSO – Documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.
- 3.26. ESTIPULANTE – Pessoa natural ou jurídica legalmente constituída que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, assumindo responsabilidades e obrigações conforme a CLÁUSULA 4 - ESTIPULANTE destas Condições Gerais.
- 3.27. ETIOLOGIA – Causa de cada doença.
- 3.28. FATORES DE RISCO E MORBIDADE – Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 3.29. FILHO – Filho(s), o(s) enteado(s) e o(s) menor(es) considerado(s) dependente(s) do Segurado conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda - IRPF, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.
- 3.30. FRANQUIA – Período contínuo, determinado na apólice, contado a partir da data do sinistro, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.
- 3.31. GRUPO SEGURADO – Totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
- 3.32. GRUPO SEGURÁVEL – Totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 3.33. HOSPITAL – É o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar:
 - a. Clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos;
 - b. Local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora;
 - c. Qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
 - d. Instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
 - e. Casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
 - f. “Home care” (internação domiciliar).
- 3.34. HOSPITALIZAÇÃO – É a permanência em hospital por período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação, de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.
- 3.35. INDENIZAÇÃO – Valor a ser pago pela Seguradora no caso de ocorrência de sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.
- 3.36. INÍCIO DE VIGÊNCIA – Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

- 337. JURO DE MORA – Encargo financeiro por atraso no pagamento ou recebimento de algum valor, após a aplicação do índice de atualização de valores monetários.
- 338. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO – Ato final do processo de regulação do sinistro que consiste no pagamento ou não pagamento de indenização ao Beneficiário.
- 339. MÉDICO ASSISTENTE – Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que esteja assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- 340. PACIENTE EM ESTÁGIO TERMINAL – O portador de Doença em Estágio Terminal.
- 341. PRÊMIO – Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 342. PRÊMIO LÍQUIDO – Valor do Prêmio sem os emolumentos.
- 343. PRESCRIÇÃO – Perda do direito da pretensão de todo e qualquer pedido reclamando um interesse, em razão do transcurso do prazo fixado em lei.
- 344. PROPONENTE – Interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 345. PROPOSTA DE ADESÃO: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do Risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.
- 346. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do Risco, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.
- 347. "PRO RATA TEMPORIS" – Cálculo cujo resultado é proporcional ao tempo decorrido. Nos contratos de seguro, diz-se do prêmio quando é calculado proporcionalmente aos dias já decorridos do contrato.
- 348. REGULAÇÃO DE SINISTRO – Procedimento técnico-administrativo promovido pela Seguradora que se inicia com o aviso de sinistro e que tem o objetivo de constatar o evento reclamado, apurar a cobertura em relação à apólice contratada, avaliar a extensão do prejuízo decorrente e que se conclui com a definição acerca do pagamento ou não da indenização.
- 349. RELAÇÕES AUTÔNOMICAS – Entende-se como pleno exercício das relações autônomas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar todas as suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas independente de qualquer ajuda.

- 350. **RELAÇÕES EXISTENCIAIS** – Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 351. **RISCO** – Acontecimento possível, futuro e incerto, que independe da vontade das partes contratantes e cuja ocorrência obriga a Seguradora a pagar a indenização devida, desde que não se classifique como risco excluído, respeitadas as Condições Contratuais.
- 352. **SEGURADO** – Pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante ou Subestipulante, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 353. **SEGURADORA** – Companhia Excelsior de Seguros, Seguradora autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil.
- 354. **SENTIDO DE ORIENTAÇÃO** – Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 355. **SEQUELA** – Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 356. **SINISTRO** – Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do planodeseguro.
- 357. **SUBESTIPULANTE** – Pessoa Natural ou Jurídica que, mantendo vínculo contratual com o Estipulante, adere ao contrato de seguro como representante de um subgrupo de segurados e assume, solidariamente com o Estipulante, responsabilidades e obrigações decorrentes da contratação e manutenção do seguro.
- 358. **SUSEP** – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de seguros no Brasil.
- 359. **TRANSFERÊNCIA CORPORAL** - Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.
- 360. **VIGÊNCIA** – Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro. A cobertura individual, é o período de validade das coberturas contratadas, para cada Segurado.

CLÁUSULA 4 - ESTIPULANTE

- 4.1. **O Estipulante e/ou Subestipulante constarão na apólice, ficando investidos dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora e obrigam-se a:**
 - a) **fornecer à Sociedade Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;**
 - b) **manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;**
 - c) **fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;**
 - d) **repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;**

- e) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
- f) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
- g) comunicar, de imediato, à sociedade seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- h) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- i) comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e
- j) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

4.2. É expressamente vedado ao Estipulante e ao Subestipulante

- a) cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade seguradora; e
- b) efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

4.3. Sem prejuízo de outras obrigações previstas em regulamentação vigente, as sociedades seguradoras estão obrigadas a:

- a) informar aos segurados a situação de adimplência do estipulante ou subestipulante, sempre que lhe for solicitado;
- b) comunicar aos segurados os casos de não repasse à sociedade seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse; e
- c) prestar ao estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

4.4 Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante, é obrigatório constar do certificado individual e da proposta de adesão, o percentual e o valor, devendo o Segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

4.4.1 Quando houver recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante, sub estipulante ou à sociedade seguradora, a qualquer título, é obrigatório o destaque no documento utilizado na cobrança do valor do prêmio do seguro

4.5. A Seguradora informará ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante e/ou Subestipulante sempre que lhe for solicitado.

CLÁUSULA 5 - ÂMBITO GEOGRÁFICO

As disposições deste seguro aplicam-se aos sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposições em contrário especificadas nas Condições Especiais.

CLÁUSULA 6 – COBERTURAS

6.1. Consideram-se Riscos Cobertos aqueles expressamente convencionados nas Condições Especiais das coberturas abaixo, desde que tenham sido efetivamente contratadas e ratificadas na Apólice:

- a) Morte (M);
- b) Morte Acidental (MA);
- c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- d) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- e) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);
- f) Invalidez Laborativa Permanente por Doença (ILPD);
- g) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
- h) Diária de Incapacidade temporária por Acidente ou Doença (DIT);
- i) Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIH);
- j) Doença Congênita de Filho (DCFI);
- k) Indenização Especial de Filhos Póstumos (IEFP)
- l) Doenças Graves (DG);
- m) Doença Terminal (DT);
- n) Diagnóstico de Câncer – NEOPLASIA (DCN);
- o) Verbas Rescisórias por Morte (VRM);
- p) Cesta Básica por Morte (CBM)
- q) Despesas Diversas (DD);
- r) Auxílio Medicamentos (AM);
- s) Auxílio Educação (AE);
- t) Funeral (F).

6.2. **As coberturas deste plano poderão ser contratadas isoladamente, salvo as coberturas abaixo que deverão ser contratadas no mínimo em conjunto com a Cobertura de Morte (M):**

- a) Doença Terminal (DT);
- b) Verbas Rescisórias por Morte (VRM);
- c) Cesta Básica por Morte (CBM);
- d) Despesas Diversas (DD); e
- e) Auxílio Educação (AE).

6.2.2. A cobertura a seguir deverá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH):

- a) Auxílio Medicamentos (AM)

6.3. A contratação das coberturas deverá ser ratificada na Apólice com a indicação dos respectivos Capitais Segurados.

6.4. Poderão, também, ser oferecidas e contratadas as seguintes Cláusulas Suplementares:

- a) Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge de Forma Automática; ou
- b) Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge de Forma Facultativa; e

- c) Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos de Forma Automática; ou
- d) Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos de Forma Facultativa.

6.5. Cláusula de Distribuição de Excedente Técnico

CLÁUSULA 7 – RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos da cobertura deste seguro os eventos decorrentes, direta ou indiretamente, de:

- a) **Doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado no momento da contratação e não declaradas na Proposta de Adesão;**
- b) **Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- c) **Suicídio ou sua tentativa, quando ocorrido nos dois primeiros anos de vigência do risco individual ou nos dois primeiros anos da data do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento;**
- d) **Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;**
- e) **Prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à Lei;**
- f) **Ato reconhecidamente perigoso, ressalvado quando for por ato de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado, prestação de serviço militar e prática de esporte;**
- g) **Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou, ainda, pelos Sócios Controladores, Dirigentes, Administradores ou Beneficiários do Estipulante ou seus respectivos Representantes;**
- h) **Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- i) **Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, ressalvados quando se tratar de Segurado militar e em exercício de suas funções e atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- j) **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- k) **Ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente; e**
- l) **Dano moral, entendido como toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo, em contraposição ao**

patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico.

- m) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa excetuando-se os casos de suicídio ou sua tentativa;**
- n) tratamentos e procedimentos relativos à obesidade mórbida inclusive gastroplastia redutora, doenças congênitas, esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;**
- o) choque anafilático e suas consequências, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- p) doações ou transplantes de órgãos ou tecidos;**
- q) parto ou aborto exceto quando decorrente de acidente pessoal;**
- r) qualquer tipo de hérnia e suas consequências exceto quando decorrente de acidente pessoal;**
- s) perda de dentes e danos estéticos;**
- t) procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;**
- u) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**
- v) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do segurado para condução de veículo automotor;**
- w) viagens em aeronaves ou embarcações:**
 - w.1) que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação;**
 - w.2) dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;**
 - w.3) que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.**

CLÁUSULA 8 – CONTRATAÇÃO, ALTERAÇÃO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 8.1. A contratação ou alteração do seguro, bem como a renovação não automática será feita mediante proposta assinada pelo proponente, por seu representante ou por corretor de seguros habilitado, e entregue, sob protocolo, à Seguradora. Cabe à Seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora do seu recebimento.**
- 8.2. O Estipulante assinará a Proposta de Contratação e os componentes do grupo segurável assinarão a Proposta de Adesão.**
- 8.3. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da data de recepção da proposta, para aceitá-la ou não, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.**
- 8.4. A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta poderá ocorrer apenas uma vez, caso o proponente seja pessoa física, ou mais de uma vez, caso o proponente seja pessoa jurídica, desde que a Seguradora fundamente o pedido, hipótese em que o prazo de 15 (quinze) dias mencionado no item**

anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que a Seguradora receber os documentos.

- 8.5. A Seguradora comunicará ao proponente, por escrito, a aceitação ou não da Proposta de Seguro, especificando o motivo da recusa, quando for o caso. A emissão e o envio da apólice ou certificado individual dentro do prazo acima substitui a manifestação expressa de aceitação da proposta pela seguradora.
- 8.6. **A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.**
- 8.7. A critério da Seguradora, poderá ser exigida a Declaração Pessoal de Saúde (DPS) do proponente, quando da contratação ou da adesão ao seguro.
- 8.8. A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre, devendo constar na proposta o critério de aceitação:
- I – a data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;
 - II – a data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou
 - III – a data de término do prazo previsto no item 8.3. acima, quando caracterizada a aceitação tácita da proposta, conforme especificado no item 8.6 desta cláusula.
- 8.9. A cobrança total ou parcial de prêmio antes da aceitação da proposta somente será admitida em caso de oferecimento de cobertura provisória ao proponente, para sinistros ocorridos no período de análise da proposta, e desde que expressamente prevista nas condições contratuais e solicitada pelo proponente na proposta.
- 8.10. No caso de aceitação da proposta, a seguradora poderá considerar o período de cobertura provisória como de efetiva vigência, desde que haja tal previsão nos documentos contratuais.
- 8.11. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido cobertura provisória, a restituição será realizada no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa da proposta, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.
- 8.12. Se a restituição for feita posteriormente ao prazo máximo estabelecido no item 8. 11 acima, a restituição estará sujeita à atualização e juros de mora, conforme estabelecido na CLÁUSULA 11- ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS DE MORA”.
- 8.13. A apólice, os endossos e os certificados individuais terão seu início e término de vigência às 24 h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.
- 8.14. A Seguradora emitirá e enviará o certificado individual de todos os Segurados, no início do seguro e em cada renovação da apólice. Em caso de utilização de meios remotos na emissão de documentos contratuais, será garantido a possibilidade de impressão ou download do documento pelo cliente.

O certificado individual conterá os seguintes elementos:

- a) a data (dia e hora) de início e término de vigência da cobertura individual do Segurado;
 - b) o Capital Segurado, carência e franquia por cobertura contratada; e
 - c) o valor do prêmio total.
- 8.15. A apólice poderá ser renovada automaticamente, por igual período, uma única vez, salvo se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar, por escrito, o desinteresse pela renovação. As renovações posteriores deverão ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.
- 8.16. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice, irá comunicar aos Segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da Apólice.
- 8.17. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora ou o Estipulante a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.
- 8.18. Qualquer alteração nas Condições Contratuais deste seguro será realizada por endosso à apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante, observando-se que qualquer alteração, inclusive na renovação, que implique ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente:

- a) no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada;
- b) em caso de cancelamento da apólice;
- c) com a ocorrência da morte, ou invalidez total e permanente por acidente ou de invalidez funcional total e permanente por doença, de invalidez funcional total e permanente por doença – Antecipação ou ainda invalidez laborativa permanente por doença;
- d) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, inclusive quando da aposentadoria, nos casos de vínculo for empregatício;
- e) quando o Segurado solicitar sua exclusão.

CLÁUSULA 9 – PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 9.1. Os prêmios serão calculados com base nas taxas e critérios constantes do Contrato.
- 9.2. Conforme disposto no Contrato, o custeio do seguro pode ser:
- a) Contributário – quando os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente; ou
 - b) Não-Contributário – quando o custeio do prêmio é feito integralmente pelo Estipulante e/ou Subestipulante.
- 9.3. O prêmio do seguro poderá ser pago sob forma de prêmio único ou em parcelas mensais durante o período de vigência da Apólice.

- 9.4. Nos casos de seguros contributários, o Estipulante estabelecerá, na contratação, o meio a ser utilizado pelo Segurado para pagamento dos prêmios, dentre as seguintes opções, desde que o valor destinado ao prêmio esteja perfeitamente identificado: desconto em folha de pagamento, cobrança junto com a mensalidade de associado, carnê, boleto bancário, cartão de crédito, conta de consumo ou débito em conta corrente.
- 9.4.1 **Quando houver previsão de pagamento do prêmio por meio de consignação em folha, na ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.**
- 9.5. Para garantir seu direito à cobertura, o Segurado deverá efetuar o pagamento dos prêmios ao Estipulante até a data acordada.
- 9.6. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar o cancelamento da apólice e, na ocorrência de sinistro, determinará a responsabilidade do Estipulante pela retenção indevida dos Prêmios recolhidos junto aos Segurados, além de sujeitá-lo às cominações legais. A Seguradora ficará responsável pelo pagamento de indenizações devidas até o cancelamento da apólice, sem prejuízo da responsabilidade do Estipulante pelo não repasse dos prêmios.
- 9.7. A Seguradora emitirá fatura a ser paga pelo Estipulante com o valor total dos prêmios dos segurados.
- 9.8. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário.
- 9.9. A falta de pagamento da primeira fatura, implicará no cancelamento da apólice.
- 9.10. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que este tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, podendo, quando for o caso, haver o abatimento do prêmio na indenização.
- 9.11. Não havendo a quitação da fatura até a data do vencimento, haverá tolerância de até 90 (noventa) dias do vencimento, para regularização dos prêmios em atraso, sem suspensão das coberturas.
- 9.12. O pagamento do prêmio relativo ao período inadimplente e com cobertura (prazo de tolerância) estará sujeito à atualização de valores e incidência de juro de mora pelo período decorrido entre a data de vencimento e a do restabelecimento do pagamento, nos termos da CLÁUSULA 11 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS DE MORA destas Condições Gerais.
- 9.13. Decorridos 90 (noventa) dias contados da data de vencimento sem que o prêmio tenha sido quitado, a apólice será automaticamente e de pleno direito cancelada, a partir do 91º (nonagésimo primeiro) dia de vencimento da fatura em atraso, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba qualquer restituição

de prêmio anterior, ficando o Estipulante ou Subestipulante obrigado ao pagamento dos prêmios vencidos relativos ao período de cobertura.

- 9.14. O cancelamento não isento o Estipulante ou Subestipulante inadimplente das cominações legais.

CLÁUSULA 10 – CAPITAL SEGURADO

- 10.1. O Capital Segurado, por cobertura, será indicado no Contrato e nos Certificados Individuais e representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora em caso de sinistro coberto.
- 10.2. A data do evento a ser considerada para determinação do Capital Segurado vigente na data do sinistro está estabelecida nas Condições Especiais das respectivas coberturas contratadas.

CLÁUSULA 11 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS DE MORA

- 11.1. Fica pactuado o Índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para atualização, quando couber, de todos os valores contratados e de eventuais importâncias a serem pagas, devolvidas ou complementadas, observadas as disposições específicas de cada item deste seguro.
- 11.2. Na hipótese de extinção do índice definido nesta cláusula, será adotado o Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGPM/FGV.
- 11.3. As contratações com vigência igual ou inferior a um ano não estão sujeitas à atualização monetária de prêmios e capitais segurados.
- 11.4. Quando aplicável, os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data de aniversário da contratação, com base na variação positiva do índice no correspondente período anual.
- 11.5. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados até a data de ocorrência do evento coberto, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.
- 11.6. A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 11.7. O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juro de mora far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do Contrato.
- 11.8. Alternativamente ao critério de atualização pelo IPCA-IBGE, quando os capitais segurados representarem múltiplos de valores pré-definidos (salários, mensalidades escolares ou associativas, etc.), será facultado o recálculo dos capitais segurados e

prêmios, no mínimo mensalmente e no máximo a cada 12 (doze) meses, com base na variação desses valores, desde que esta condição esteja expressa na Proposta de Contratação e na Apólice.

- 11.9. Os valores devidos a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária a partir da data em que se tornarem exigíveis, sendo:
- a) no caso de cancelamento do contrato, por iniciativa do Estipulante: a data do recebimento da solicitação de cancelamento;
 - b) no caso de cancelamento do contrato por iniciativa da Seguradora: a data do efetivo cancelamento;
 - c) no caso de recebimento indevido de prêmio: a data de recebimento do prêmio; ou,
 - d) no caso de recusa de proposta com prêmio recebido antecipadamente: a data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.
- 11.10. Se o pagamento da indenização não for efetuado no prazo de 30 (trinta) dias da entrega de toda a documentação necessária, conforme item 15.7 destas Condições Gerais, o valor da mesma será atualizado monetariamente, sendo que a atualização monetária se dará pela variação positiva do índice, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acrescido dos juros de mora a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização.
- 11.11. O juro de mora previsto nestas Condições Gerais será equivalente à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.
- 11.12. Recalculo e Reavaliação das Taxas
- 11.12.1 **O Prêmio deste seguro será recalculado com base na faixa etária do Segurado e será reenquadrado sempre que o Segurado atingir nova faixa etária. A nova taxa passará a vigorar a partir da data em que cada um dos segurados atingir a nova faixa etária ou ainda na data de aniversário da apólice para todos os componentes do Grupo Segurado, conforme previsto nas Condições Contratuais.**
- 11.12.2 **A tabela com o percentual de aumento entre as idades constará das Condições Contratuais e será disponibilizado aos proponentes quando da adesão ao Seguro.**
- a) **A seguradora reserva-se o direito de recalculer e alterar o prêmio mensal antes da data prevista, com prévio aviso ao estipulante, caso venha ocorrer alteração significativa no grupo segurado que possa influir na taxa tornando-a inviável ou prejudicial ao equilíbrio técnico-atuarial da apólice, ou seja, o volume de sinistros pagos e avisados seja superior ao prêmio líquido arrecadado no mesmo período.**
- 11.12.3 **Caso haja reavaliação das taxas por motivo diferente de reenquadramento por faixa etária, esta deverá ser realizada por endosso à Apólice, observando-se que, nos seguros contratados na forma de custeio contributivo a modificação da Apólice em vigor dependerá da anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.**

CLÁUSULA 12 – INDENIZAÇÃO

- 12.1. As indenizações deste seguro serão pagas no Brasil e em moeda nacional.

- 12.2. Caracterizado o sinistro, a Seguradora efetuará a indenização em parcela única, salvo estipulação em contrário nas Condições Especiais da respectiva cobertura, até o limite do Capital Segurado contratado, obedecendo à demais Condições Contratuais.
- 12.3. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se a data do evento, quando da liquidação dos sinistros as respectivas datas apresentadas nas condições especiais.

CLÁUSULA 13 – CARÊNCIA

- 13.1. **A existência de carência está estabelecida nas Condições Especiais de cada cobertura contratada e, se houver, será ratificada nas propostas de Contratação e de Adesão, na Apólice e no Certificado Individual.**
- 13.2. **O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.**
- 13.3. **No caso de migração de apólice, não será iniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos capitais já contratados.**
- 13.4. **Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais em quaisquer das coberturas contratadas, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o período de carência corresponderá a dois anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.**
- 13.5. **Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência, exceto quando houver aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.**
- 13.6. **O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência do seguro.**
- 13.7. **O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.**

CLÁUSULA 14 – FRANQUIA

A existência de franquia está estabelecida nas Condições Especiais de cada cobertura contratada e, se houver, será ratificada nas propostas de Contratação e de Adesão, na Apólice e no Certificado Individual.

CLÁUSULA 15 - LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

- 15.1. Ocorrido o sinistro, cabe ao Estipulante, Segurado, ao seu Representante ou ao seu Beneficiário:
- a) dar imediato aviso à Seguradora e comprovar satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como relatar-lhe todas as circunstâncias relacionadas ao evento;
 - b) prestar assistência à Seguradora, sempre que esta queira adotar medidas tendentes à elucidação de circunstâncias ou fatos ligados ao sinistro; e
 - c) entregar à Seguradora os documentos necessários à liquidação do sinistro, conforme descritos nas Condições Especiais das coberturas contratadas.
- 15.1.1 Além dos documentos específicos em decorrência do evento coberto, apresentado nas respectivas nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, para agilidade no processo de regulação e liquidação do sinistro, o Segurado, Beneficiário ou Representante por ocasião da comunicação do sinistro, deverá apresentar os seguintes documentos/informações:

Segurado:

- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia do CPF (se Pessoa Física);
- Cópia da Certidão de Nascimento ou de Casamento;
- Cópia Comprovante de Residência.
- Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, que deverá ser preenchido pelo Segurado ou seu Beneficiário.
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior

Beneficiário:

- I. Pais:
 - Cópia da Carteira de Identidade;
 - Cópia de CPF;
 - Cópia do Comprovante de Residência.
- II. Cônjuge:
 - Cópia de Certidão de Casamento;
 - Cópia da Carteira de Identidade;
 - Cópia de CPF;
 - Cópia Comprovante de Residência.
- III. Companheiro(a):
 - Cópia da Carteira de Identidade;
 - Cópia de CPF;
 - Cópia do Comprovante de Residência;
 - Cópia de Comprovação de Dependência na Carteira Profissional, União Estável ou Imposto de Renda, junto ao INSS.

IV. Filhos:

- Cópia da Certidão de Nascimento;
- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia de CPF;
- Comprovante de Residência.
- Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar, na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

Outras Situações:

- a) Para pessoas com idade inferior a 18 (dezoito) anos sem pai e mãe, a indenização será paga conforme o estabelecido na legislação vigente.
 - b) Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.
 - c) Deverá ser entregue ainda a documentação por tipo de ocorrência, constante das Condições Especiais das Coberturas contratadas.
 - d) Mediante dúvida fundada e justificada, a seguradora se reserva ao direito de solicitar cópia de outros documentos que venha a considerar necessário para liquidação do sinistro;
- 15.2. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.
 - 15.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
 - 15.4. Os atos ou providências que a Seguradora praticar após o sinistro, não importam, por si, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização reclamada.
 - 15.5. Em caso de reembolso de despesas com sinistros cobertos, efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução de documentos ficarão totalmente a cargo da Seguradora.
 - 15.6. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo beneficiário, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos destas Condições Gerais, quando aplicável.
 - 15.7. A indenização devida por este seguro será paga no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação e informações ou esclarecimentos solicitados, que comprovem a ocorrência do sinistro.
 - 15.8. Na hipótese de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar outros documentos e informações ou esclarecimentos complementares. Nesse caso, a contagem do prazo mencionado no item anterior ficará suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

- 15.9. O não pagamento da indenização no prazo previsto nesta cláusula acarretará a atualização dos valores e aplicação de juro de mora, conforme previsto na CLÁUSULA 11 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS DEMORA.
- 15.10. Perícia/Junta Médica
- 15.11. O segurado, ao propor sua adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.
- 15.12. A junta médica deverá ser realizada somente quando houver divergências sobre o caráter do evento, entre o médico assistente do segurado e o médico perito da seguradora.
- 15.13. No caso de divergências e/ou dúvidas de natureza médica relacionados ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Contratuais, será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Estipulante/Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.
- 15.10.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora, e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.
- 15.10.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 15.10.3 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do profissional nomeado pelo Segurado.
- 15.10.4 Não serão aceitos como peritos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, seus parentes consanguíneos ou afins, ainda que habilitados a exercer a prática da Medicina.
- 15.10.5 Em todas as notificações de internação hospitalar do segurado poderão ser realizadas perícias médicas comprobatórias do enquadramento do evento e do número de dias de internação hospitalar, e análise das despesas médico-hospitalares e odontológicas.
- 15.10.6 Os casos de Invalidez Permanente deverão ser comprovados por Declaração Médica.
- 15.10.7 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 15.10.8 Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização exceto para os casos de incapacidade temporária, caso em que os sintomas podem desaparecer após o restabelecimento do segurado, ainda que tenha havido, de fato, sinistro.

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

CLÁUSULA 16 - RESCISÃO E CANCELAMENTO

- 16.1 Este seguro será rescindido ou cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, por falta de pagamento do prêmio ou descumprimento de quaisquer outras obrigações previstas nas Condições Contratuais e/ou nos termos da CLÁUSULA 17 - PERDA DE DIREITO, destas Condições Gerais.
- 16.2 A rescisão contratual, total ou parcial, poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes, com a concordância recíproca e com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado. Neste caso, a Seguradora reterá, do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- 16.3 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

CLÁUSULA 17 - PERDA DE DIREITO

- 17.1 Ocorrerá a perda de direito à indenização por este seguro se:
- 17.1.1 **o Segurado agravar intencionalmente o risco; e,**
- 17.1.2 **o Segurado ou seu representante fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, estando o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.**

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

- I Na hipótese de não ocorrência do sinistro:**
- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**
- II Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:**
- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do**

valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

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

- 17.2. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.**
- 17.2.1. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.**
- 17.2.2. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.**

CLÁUSULA 18 – BENEFICIÁRIOS

- 18.1 Os beneficiários do seguro para esta cobertura serão designados livremente pelo Segurado, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.**
- 18.2 Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro.**
- 18.3 Não pode ser instituído Beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado.**
- 18.4 É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.**
- 18.5 Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária. Na falta das pessoas indicadas neste item, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.**
- 18.6 Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito**

CLÁUSULA 19 - PRESCRIÇÃO

Decorridos os prazos determinados em lei, opera-se a prescrição para este Plano.

CLÁUSULA 20 – FORO

As questões judiciais entre o Segurado, o Beneficiário ou o Estipulante, e a Seguradora serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto nesta cláusula.

Companhia Excelsior de Seguros

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

- 1.1. Se ratificada na Apólice, esta cobertura cobre a morte do Segurado decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Esta cobertura, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal da CLÁUSULA 3 - GLOSSÁRIO e da CLÁUSULA 7 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao(s) Beneficiário(s) em caso de sinistro coberto.
- 3.2. As indenizações por morte acidental e por invalidez permanente por acidente, não se acumulam.
Se, depois de pago a 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 do Capital Segurado por morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.
- 3.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do óbito do Segurado.

CLÁUSULA 4 – CARÊNCIA

- 4.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice/certificado individual e será contado a partir do início de vigência individual.
- 4.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 4.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

CLÁUSULA 5 – BENEFICIÁRIOS

Observado os termos da CLAUSULA 18 – BENEFICIÁRIOS das Condições Gerais, os beneficiários do seguro para esta cobertura serão designados livremente pelo Segurado, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo segurado.

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

- 6.1. Documentos do Segurado sinistrado:
 - a) Ficha de cadastro, se funcionário do Estipulante;
 - b) Carteira de identidade ou equivalente;
 - c) CPF (ou outro documento que indique seu número);
 - d) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
 - e) Certidão de Óbito;
 - f) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, em caso de acidente com veículo que estivesse sendo dirigido pelo mesmo;
 - h) Laudo de Necropsia, se houver; e
 - i) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- 6.2. Documentos de identificação de cada beneficiário:
 - a) Carteira de identidade ou equivalente;
 - b) CPF (ou outro documento que indique seu número);
 - c) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
 - d) Comprovante de união estável (em caso de companheiro beneficiário);
 - e) Comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias); e
 - f) Número de telefone para contato.

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Companhia Excelsior de Seguros

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

- 1.1. Se ratificada na Apólice, esta cobertura cobre a morte do Segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Esta cobertura, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal da CLÁUSULA 3 - GLOSSÁRIO e da CLÁUSULA 7 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao(s) Beneficiário(s) em caso de sinistro coberto.
- 3.2. As indenizações por morte acidental e por invalidez permanente por acidente, não se acumulam.
Se, depois de pago a 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 do Capital Segurado por morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.
- 3.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente que provocou a morte do Segurado.

CLÁUSULA 4 – BENEFICIÁRIOS

Observado os termos da CLÁUSULA 18 – BENEFICIÁRIOS das Condições Gerais, os beneficiários do seguro para esta cobertura serão designados livremente pelo Segurado, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo segurado.

CLÁUSULA 5 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

- 5.1. Documentos do Segurado sinistrado:
 - a) Ficha de cadastro, se funcionário do Estipulante;
 - b) Carteira de identidade ou equivalente;
 - c) CPF (ou outro documento que indique seu número);
 - d) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
 - e) Certidão de Óbito;
 - f) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, em caso de acidente com veículo que estivesse sendo dirigido pelo mesmo;
 - h) Laudo de Necropsia, se houver; e
 - i) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

- 5.2. Documentos de identificação de cada beneficiário:
 - a) Carteira de identidade ou equivalente;
 - b) CPF (ou outro documento que indique seu número);
 - c) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
 - d) Comprovante de união estável (em caso de companheiro beneficiário);
 - e) Comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias); e
 - f) Número de telefone para contato.

CLÁUSULA 6 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Companhia Excelsior de Seguros

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

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

- 1.1. Se ratificada na Apólice, esta cobertura cobre a invalidez permanente do Segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão em virtude de lesão física causada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, tendo sido constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará a indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela seguinte, sendo que eventual grau de invalidez (percentagem relativa à perda ou redução da função de um membro ou órgão) já existente antes de acidente coberto será deduzido do grau de invalidez definitivo, apurado em consequência desse acidente coberto.

INVALIDEZ TOTAL		INVALIDEZ PARCIAL DIVERSAS	
DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ	% sobre o Capital Segurado Individual	DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ	% sobre o Capital Segurado Individual
Perda total da visão de ambos os olhos	100	Perda total da visão de um olho	30
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Perda total do uso de ambas as mãos	100	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100	Mudez incurável	50
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Perda total do uso de ambos os pés	100	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Alienação mental total e incurável	100	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

INVALIDEZ PARCIAL MEMBROS SUPERIORES			INVALIDEZ PARCIAL MEMBROS INFERIORES		
DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ		% sobre o Capital Segurado Individual	DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ		% sobre o Capital Segurado Individual
Perda total do uso de um dos membros superiores		70	Perda total do uso de um dos membros inferiores		70
Perda total do uso de uma das mãos		60	Perda total do uso de um dos pés		50
Fratura não consolidada de um dos úmeros		50	Fratura não consolidada de um fêmur		50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares		30	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros		25
Anquilose total de um dos ombros		25	Fratura não consolidada da rótula		20
Anquilose total de um dos cotovelos		25	Fratura não consolidada de um pé		20
Anquilose total de um dos punhos		20	Anquilose total de um dos joelhos		20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano		25	Anquilose total de um dos tornozelos		20
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano		18	Anquilose total de um quadril		20
Perda total do uso da falange distal do polegar		9	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé		25
Perda total do uso de um dos dedos indicadores		15	Amputação do primeiro dedo		10
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios		12	Amputação de qualquer outro dedo		3
Perda total do uso de um dos dedos anulares		9	Perda total do uso de uma falange do primeiro dedo, indenização equivalente a $\frac{1}{2}$ e dos demais dedos, equivalente a $\frac{1}{3}$ do respectivo dedo		-

Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-	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 -	
--	---	--	--

13. Não ocorrendo a perda por completo das funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela acima para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%.
14. Nos casos não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
15. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital contratado. 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 sua perda total.
16. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal da CLÁUSULA 3 - GLOSSÁRIO e da CLÁUSULA 7 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao Segurado em caso de sinistro coberto.
- 3.2. As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente e, se contratadas, pelas coberturas de Morte e/ou Morte Acidental, não se acumulam. Se, depois de pago a 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 do Capital Segurado por morte, que engloba Morte e Morte Acidental, e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.

- 33. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente que provocou a invalidez permanente do Segurado.
- 34. A reintegração do Capital Segurado referente a esta cobertura, no caso de invalidez parcial, é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

CLÁUSULA 4 – JUNTA MÉDICA

- 4.1. 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 mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 4.2. A junta médica de que trata esta cláusula será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 4.3. 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.
- 4.4. 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.

CLÁUSULA 5 – BENEFICIÁRIO

- 5.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.
- 5.2. Em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do Segurado, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

- a) Ficha de cadastro do Segurado, se funcionário do Estipulante;
- b) Documentos do Segurado: Carteira de identidade ou equivalente, CPF (ou outro documento que indique seu número) e comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- c) Relatório do médico responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM, atestando as características e grau da invalidez;
- d) Radiografias e exames médicos recentes que comprovem a invalidez;
- e) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- f) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, em caso de acidente com veículo que estivesse sendo dirigido pelo mesmo; e
- g) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Companhia Excelsior de Seguros

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

- 1.1. Se ratificada na Apólice, esta cobertura cobre a invalidez permanente do Segurado relativa à perda ou a impotência funcional definitiva e total de membros ou órgãos em virtude de lesão física causada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Serão caracterizadas como Invalidez Total e Permanente as lesões abaixo discriminadas, mediante comprovação por laudo médico, desde que esteja definitivamente terminado o tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e seja definitivo o caráter da invalidez:

DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE COBERTA

- a) Perda total da visão de ambos os olhos.
 - b) Perda total do uso de ambos os membros superiores.
 - c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores.
 - d) Perda total do uso de ambas as mãos.
 - e) Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior.
 - f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés.
 - g) Perda total do uso de ambos os pés.
 - h) Alienação mental total e incurável.
- 1.3. Eventual grau de invalidez (percentagem relativa à perda ou redução da função de um membro ou órgão) já existente antes de acidente coberto será deduzido do grau de invalidez definitivo, apurado em consequência desse acidente, para fins de indenização.
 - 1.4. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal da CLÁUSULA 3 - GLOSSÁRIO e da CLÁUSULA 7 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.**
- 2.2. **Não estão cobertas situações de invalidez sofridas pelo Segurado diferentes das discriminadas no item 1.2 destas Condições Especiais, qualquer que seja o grau e ainda que decorrente de acidente.**

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao Segurado em caso de sinistro coberto.
- 3.2. As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente e, se contratadas, pelas coberturas de Morte e/ou Morte Acidental, não se acumulam.
- 3.3. 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 do Capital Segurado por morte, que engloba Morte e Morte Acidental, e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.
- 3.4. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente que provocou a invalidez total e permanente do Segurado.

CLÁUSULA 4 – JUNTA MÉDICA

- 4.1. 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 mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 4.2. A junta médica de que trata esta cláusula será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 4.3. 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.
- 4.4. 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.

CLÁUSULA 5 – BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado. Em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do Segurado, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

- a) Ficha de cadastro do Segurado, se funcionário do Estipulante;

- b) Documentos do Segurado: Carteira de identidade ou equivalente, CPF (ou outro documento que indique seu número) e comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- c) Relatório do médico responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM, atestando as características e grau da invalidez;
- d) Radiografias e exames médicos recentes que comprovem a invalidez;
- e) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- f) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, em caso de acidente com veículo que estivesse sendo dirigido pelo mesmo; e
- g) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Companhia Excelsior de Seguros

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL
POR DOENÇA (IFPD)

CLÁUSULA 1 – GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NA COBERTURA DE IFPD

- 1.1. AGRADO MÓRBIDO – piora de uma doença.
- 1.2. 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.
- 1.3. APARELHO LOCOMOTOR – conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 1.4. AUXÍLIO – ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 1.5. CARDIOPATIA GRAVE – doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 1.6. COGNIÇÃO – conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 1.7. CONECTIVIDADE COM A VIDA – capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- 1.8. CONSUMPÇÃO – definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 1.9. DADOS ANTROPOMÉTRICOS – no caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- 1.10. DEAMBULAR – ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 1.11. 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.
- 1.12. DEFICIÊNCIA VISUAL - Perda ou redução de capacidade visual em ambos os olhos em caráter definitivo, que não possa ser melhorada ou corrigida com uso de lentes, tratamento clínico ou cirúrgico.
- 1.13. DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA – incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 1.14. DOENÇA CRÔNICA – doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

- 1.15. DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE – doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 1.16. DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO – doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 1.17. 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.
- 1.18. 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.
- 1.19. DOENÇA PROFISSIONAL – aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- 1.20. ESTADOS CONEXOS – representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 1.21. FATORES DE RISCO E MORBIDADE – aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 1.22. HÍGIDO – estado saudável.
- 1.23. PROGNÓSTICO – juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 1.24. QUADRO CLÍNICO – conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 1.25. RECIDIVA – reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 1.26. REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA – incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 1.27. RELAÇÕES EXISTENCIAIS – aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 1.28. SENTIDO DE ORIENTAÇÃO – faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 1.29. SEQUELA – qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 1.30. TRANSFERÊNCIA CORPORAL – capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS

- 2.1. Se ratificada na Apólice, esta cobertura garante o pagamento do capital segurado contratado, em caso de invalidez funcional permanente total em consequência exclusiva de doença coberta, que cause a perda da existência independente do Segurado.
- 2.2. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de um dos quadros clínicos incapacitantes abaixo, decorrente exclusivamente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado e que deverão ser comprovados através dos documentos especificados na CLÁUSULA - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS destas Condições Especiais:
- Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - 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;
 - 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;
 - Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
 - Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas 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;
 - Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - Deficiência visual, decorrente de doença proveniente de:
 - 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.
 - Estados mórbidos, decorrentes de doença, que acarretem:
 - 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.
 - Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.
- 2.3. Outros quadros clínicos incapacitantes poderão ser reconhecidos como riscos cobertos desde que, quando avaliados através do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, que integra estas Condições Especiais, atinjam a marca mínima

exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis. O IAIF é composto por duas tabelas:

- Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, que avalia, através de 3 escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida.
 - 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.
 - Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
 - Todos os atributos constantes na primeira tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados, enquadrando cada atributo em apenas uma graduação.
- Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, que mensura cada uma das situações aliprevistas.
- Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

- 2.4. 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 Total por Doença para fins desta cobertura.

CLÁUSULA 3 - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões apresentados no conceito de Acidente Pessoal da CLÁUSULA 3 - GLOSSÁRIO e as descritas na CLÁUSULA 7 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão abrangidos por esta cobertura, 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, os seguintes eventos:

- a) 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;
- b) os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as doenças profissionais;
- c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

CLÁUSULA 4 - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao Segurado em caso de sinistro coberto.

- 4.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data indicada na declaração médica. A data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença será registrada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
- 4.3. **Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a indenização será paga de uma só vez e o Segurado será automaticamente excluído da Apólice, com a consequente devolução de prêmios eventualmente pagos após essa data, devidamente atualizados a partir da data de recebimento, observado o item 11.9 das Condições Gerais deste seguro.**

CLÁUSULA 5 – CARÊNCIA

- 5.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice/certificado individual e será contado a partir do início de vigência individual.
- 5.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

CLÁUSULA 6 - JUNTA MÉDICA

- 6.1. 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 mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 6.2. A junta médica de que trata esta cláusula será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 6.3. 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.
- 6.4. 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.

CLÁUSULA 7 – BENEFICIÁRIO

- 7.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.
- 7.2. Em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do Segurado, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

CLÁUSULA 8 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

- a) Ficha de cadastro do Segurado, se funcionário do Estipulante;
- b) Documentos do Segurado: Carteira de identidade ou equivalente, CPF (ou outro documento que indique seu número) e comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- c) Relatório do médico responsável, datado e assinado, com firma reconhecida e com a indicação do CRM, indicando a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e as condições de saúde do Segurado, retratando o quadro clínico incapacitante;
- d) Relatório do médico-assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi 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 autonômicas do Segurado;
- e) Informações, registros médicos, laudos e resultados exames que:
 - Tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença);
 - Confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível; e
 - Comproven o momento temporal exato em que foi atingido o estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante coberto.

8.2. O Segurado deve facilitar os meios para obtenção dos documentos necessários à regulação do sinistro.

CLÁUSULA 9 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Companhia Excelsior de Seguros

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA 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 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 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 DIÁRIO, ASSIM COMO ÀQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

TABELA 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 MORBIDADE 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 MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

- 1.1 Se ratificada na Apólice, esta cobertura garante o pagamento do capital segurado contratado, em caso de invalidez laborativa total e permanente, sob critérios devidamente especificados nesta Cláusula, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2 Considera-se por Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença do Segurado aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.
- 1.3 Atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a sua invalidez.
- 1.4 Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- 1.5 Considera-se Paciente Terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 6 (seis) meses da data do diagnóstico.
- 1.6 A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevivência do Segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoas da CLÁUSULA 3 - GLOSSÁRIO e das descritas na CLÁUSULA 7 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão abrangidas por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) **doenças preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas no ato da contratação;**
- b) **eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;**
- c) **doenças agravadas por traumatismos;**
- d) **invalidez que limite parcialmente a capacidade laborativa do segurado.**

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao Segurado em caso de sinistro coberto.
- 3.2 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data indicada na declaração médica, data esta, considerada como sendo a data a partir da qual a Invalidez se apresentou caracterizada.
- 3.3 **Reconhecida a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, a indenização será paga de uma só vez e o Segurado será automaticamente excluído da Apólice, com a consequente devolução de prêmios eventualmente pagos após essa data, devidamente atualizados a partir da data de recebimento, observado o item 11.9 das Condições Gerais deste seguro.**

CLÁUSULA 4 - CARÊNCIA

- 4.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice/certificado individual e será contado a partir do início de vigência individual.
- 4.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

CLÁUSULA 5 - JUNTA MÉDICA

- 5.1 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 mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 5.2 A junta médica de que trata esta cláusula será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 5.3 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.
- 5.4 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.

CLÁUSULA 6 - BENEFICIÁRIO

- 6.1 O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

- 6.2. Em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do Segurado, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1. Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:
- a) Ficha de cadastro do Segurado, se funcionário do Estipulante;
 - b) Documentos do Segurado: Carteira de identidade ou equivalente, CPF (ou outro documento que indique seu número) e comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
 - c) Relatório do médico responsável, datado e assinado, com firma reconhecida e com a indicação do CRM, indicando a data da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença e as condições de saúde do Segurado, retratando o quadro clínico incapacitante;
 - d) Relatório do médico-assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi oficialmente diagnosticada e detalhando a natureza da doença e o grau da invalidez, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem como a data da caracterização da Invalidez;
 - e) Relatórios médicos e resultados de exames complementares realizados, que comprovem satisfatoriamente a invalidez do Segurado;
- 7.2. O Segurado deve facilitar os meios para obtenção dos documentos necessários à regulação do sinistro.

CLÁUSULA 9 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Companhia Excelsior de Seguros

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

- 1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura garante o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, exclusivamente decorrentes de acidente pessoal coberto, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Consideram-se despesas médicas, hospitalares e odontológicas aquelas efetuadas pelo Segurado, para seu tratamento sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente. Estão cobertas as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares incorridas a critério médico e necessárias para o restabelecimento do Segurado, observados os critérios a seguir:
 - a) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
 - b) Desde que preservada a livre escolha, a Seguradora pode estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal da CLÁUSULA 3 - GLOSSÁRIO e as descritas na CLÁUSULA 7 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão abrangidas por esta cobertura as despesas decorrentes de:

- a) Aquisição, instalação ou manutenção de aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- b) Prática pelo Segurado, mesmo que por indicação médica para auxiliar na recuperação de lesões decorrentes de acidente, de fisioterapia, natação, ginástica, musculação, hidroginástica, hidroterapia, RPG (Reeducação Postural Global), Holfing e Terapia Ocupacional;
- c) Utilização de aparelhos tensores ou estabilizadores de material sintético;
- d) Danos estéticos;
- e) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- f) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
- g) Reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos e similares.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado Individual, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao segurado em caso de sinistro coberto.
- 3.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 3.3. A reintegração do capital é automática após cada acidente, até o valor indenizado, não havendo a reintegração para danos causados em virtude do mesmo evento.

CLÁUSULA 4 - BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

CLÁUSULA 5 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos de identificação do Segurado sinistrado e despesas realizadas:

- a) Documentos do Segurado: Carteira de identidade ou equivalente, CPF (ou outro documento que indique seu número) e comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- b) Número de telefone para contato;
- c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- f) Relatório do médico responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM, atestando as características das lesões sofridas e exames médicos que estejam relacionados com as lesões/sequelas;
- g) Comprovantes originais (notas fiscais e recibos) das despesas médicas, hospitalares e odontológicas. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas. No caso de retenção das Notas Fiscais originais pela Seguradora garantidora do seguro obrigatório DPVAT, em caso de acidente automobilístico, serão aceitas cópias autenticadas das Notas Fiscais, desde que acompanhadas de declaração emitida pelo responsável da referida seguradora, indicando quais as notas originais retidas, e informando o valor que será reembolsado a título de primeiro risco através do DPVAT

CLÁUSULA 6 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

- 6.1. A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado em consequência do respectivo evento coberto.

- 6.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:
 - 6.2.1. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado e limite máximo de indenização da cobertura;
 - 6.2.2. Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o item 6.2.1 desta cláusula.
 - 6.2.3. Se a quantia a que se refere o item 6.2.2 desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o beneficiário a responsabilidade pela diferença, se houver.
 - 6.2.4. Se a quantia estabelecida no item 6.2.2 for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele item.

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Companhia Excelsior de Seguros

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

11. Se ratificada na Apólice, esta cobertura cobre a incapacidade temporária do Segurado, por motivo de acidente pessoal ou doença ocorridos durante a vigência do risco individual, que provoque o afastamento involuntário de suas atividades laborativas remuneradas, determinado por médico e atestado por exames complementares.
12. A incapacidade temporária é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.
13. Esta cobertura é devida após o período de carência, se houver, e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.
14. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, respeitando o limite máximo de 365 diárias por evento.
15. Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido o mesmo acidente ou doença coberta, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal da CLÁUSULA 3 - GLOSSÁRIO e as descritas na CLÁUSULA 7 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão abrangidos por esta cobertura:

- a) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- b) Gravidez, parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
- c) Fraturas patológicas;
- d) Tratamentos clínicos e cirúrgicos não decorrentes de acidente ou doença coberta tais como os de finalidade estética; os relacionados a métodos de anticoncepção ou alterações físicas e orgânicas, inclusive cirurgias refrativas oculares; inseminação artificial e tratamentos ou procedimentos para cura de infertilidade; senilidade; rejuvenescimento; repouso; convalescença; emagrecimento;
- e) Exames físicos de rotina ou de investigação diagnóstica (check-up);
- f) Anomalias congênitas e doenças mentais quaisquer que sejam as causas.
- g) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;

- h) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- i) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- j) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- k) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer, doença de parkinson, entre outras;
- l) Doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado (valor da diária) e a quantidade de diárias cobertas para esta cobertura serão definidos na Apólice, respeitado o limite máximo de 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, e representam o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.
- 3.2. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de Doença ou Acidente Pessoal coberto e constatada através da análise da documentação apresentada.
- 3.3. A reintegração do Capital Segurado é automática após cada sinistro.

CLÁUSULA 4 – CARÊNCIA

Poderá ser estabelecida a carência máxima de 30 (trinta) dias para eventos decorrentes de doença nesta cobertura.

CLÁUSULA 5 – FRANQUIA

- 5.1. Poderá ser estabelecida franquia de até 15 (quinze) dias para esta cobertura, contados a partir da data do afastamento do Segurado, constante do relatório médico.
- 5.2. O Segurado somente terá direito a esta cobertura no caso de afastamento de suas atividades profissionais ou ocupação pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

CLÁUSULA 6 – BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

CLÁUSULA 7 – FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 7.1. Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária, nos termos desta Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:
 - 7.1.1. Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado imediatamente após seu retorno ao Médico Assistente.
 - 7.1.2. A critério da Seguradora, e desde que definido na Apólice, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente, com base nas diárias de afastamento determinadas, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais Condições Contratuais.
 - 7.1.3. De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve incapacitado de exercer suas atividades profissionais ou ocupação, a contar do primeiro dia de afastamento, após o período de franquia, ou a contar do último pagamento realizado, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecido na Apólice.
 - 7.1.4. Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do primeiro dia de afastamento, após o período de franquia, até a alta médica.
- 7.2. O Segurado deve autorizar seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidas no seu atendimento a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da Seguradora.

CLÁUSULA 8 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

- a) Ficha de cadastro, se funcionário do Estipulante;
- b) Documentos do Segurado: Carteira de identidade ou equivalente, CPF (ou outro documento que indique seu número) e comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- c) Número de telefone para contato;
- d) Relatório do Médico Responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM, comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento;
- e) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- f) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

CLÁUSULA 9 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Companhia Excelsior de Seguros

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIH)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

11. Se ratificada na Apólice, esta cobertura garante o pagamento das diárias de internação hospitalar do Segurado, por motivo de acidente pessoal ou doença ocorridos durante a vigência do risco individual, determinadas por médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória e limitado ao valor contratado por diária.
12. A internação hospitalar é caracterizada pela utilização de acomodação de que o Hospital disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.
13. Esta cobertura é devida após o período de carência, se houver, e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.
14. Esta cobertura não garante a internação ou vaga em Hospital, que devem ser procuradas pelo Segurado, seu médico ou por quem os represente.
15. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, respeitando o limite máximo de 365 diárias por evento.
16. Caso o Segurado seja submetido a mais de uma internação que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença, tais internações serão consideradas como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal da CLÁUSULA 3 - GLOSSÁRIO e as descritas na CLÁUSULA 7 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão abrangidos por esta cobertura:

- a) Gravidez, parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
- b) Doenças mentais, psiquiátricas, estresse e depressão, incluindo as internações em departamentos psiquiátricos de hospitais gerais ou pronto-socorros para tratamento destas doenças e/ou aquelas que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- c) Internações domiciliares (home-care);
- d) Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilo e casas de repouso;
- e) Internação para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica, exceto se a internação for decorrente de acidente pessoal coberto;
- f) Internações com finalidades estéticas ou relacionadas a métodos de anticoncepção ou alterações físicas e orgânicas, inclusive cirurgias refrativas

- oculares; inseminação artificial e tratamentos ou procedimentos para cura de infertilidade; senilidade; rejuvenescimento; repouso; convalescença;
- g) Exames físicos de rotina ou de investigação diagnóstica (check-up);
 - h) Anomalias congênitas;
 - i) Tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
 - j) Tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado (valor da diária) e a quantidade de diárias cobertas para esta cobertura serão definidos na Apólice, respeitado o limite máximo de 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, e representam o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.
- 3.2. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data da internação hospitalar coberta.
- 3.3. O valor de cada diária, representa o valor pago pela Seguradora, por cada dia em que o segurado fica internado, observado o limite máximo de diárias contratados, carência e Franquia.
- 3.4. A reintegração do Capital Segurado é automática após cada sinistro.

CLÁUSULA 4 - CARÊNCIA

Poderá ser estabelecida a carência máxima de 30 (trinta) dias para eventos decorrentes de doença nesta cobertura.

CLÁUSULA 5 - FRANQUIA

A franquia será estabelecida contratualmente e quando estabelecida por período, este será limitado ao máximo de até 7 (sete) dias para esta cobertura, contados a partir do dia e hora de internação do Segurado, constante do relatório médico, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

CLÁUSULA 6 - BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

CLÁUSULA 7 - FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 7.1. Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a internação do Segurado, nos termos desta Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:

- 7.1.1. Quando a internação superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado.
- 7.1.2. De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve internado, a contar do primeiro dia após o período de franquia ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecido na Apólice.
- 7.1.3. Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu internado, a contar do primeiro dia de internação e descontado o período de franquia, até a alta médica.
- 7.2. O Segurado deve autorizar seu Médico Assistente e o hospital a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da Seguradora.

CLÁUSULA 8 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

- a) Ficha de cadastro, se funcionário do Estipulante;
- b) Documentos do Segurado: Carteira de identidade ou equivalente, CPF (ou outro documento que indique seu número) e comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- c) Número de telefone para contato;
- d) Relatório do Médico Responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM, comprovando o período de internação, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento;
- e) Declaração original do Hospital em papel timbrado, carimbada e assinada pelo Diretor Clínico, comprovando causa, data e hora da internação e da alta médica;
- f) Prontuário médico fornecido pelo Hospital;
- g) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- h) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- i) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando necessário;
- j) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando obrigatório;

CLÁUSULA 9 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Companhia Excelsior de Seguros

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO (DCFI)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

- 1.1. Se ratificada na Apólice, esta cobertura garante o pagamento do Capital Segurado Individual contratado em decorrência do nascimento de filho do Segurado com vida, portador de doença congênita coberta, desde que o nascimento do filho e a constatação da doença congênita ocorram durante a vigência do seguro, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Estão cobertas, exclusivamente, as seguintes doenças congênitas:
- Malformação do sistema nervoso;
 - Malformação do coração e de grandes vasos;
 - Malformação da traqueia e dos pulmões;
 - Malformação do aparelho digestivo;
 - Malformação dos rins ou do aparelho geniturinário;
 - Malformação dos Membros Superiores e Inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;
 - Anomalias cromossômicas Síndrome de Down e Síndrome de Tumer;
 - Malformação dos órgãos sensoriais da visão e da audição;
 - Fenda labial e fenda palatina;
 - Anomalias dentofaciais.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal da CLÁUSULA 3 - GLOSSÁRIO e as descritas na CLÁUSULA 7 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão abrangidos por esta cobertura:

- a) Os eventos decorrentes, direta ou indiretamente do parto ou aborto e suas consequências;**
- b) Doença congênita do filho que já era de conhecimento do Segurado quando da contratação deste seguro e este não informar.**

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado em caso de sinistro coberto.
- 3.2. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatada doença congênita para um ou mais filhos, o Capital Segurado será pago integralmente para cada filho nascido com doença congênita.
- 3.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do nascimento do filho com doença congênita.

- 34 Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos serão segurados apenas uma vez, considerando-se dependentes do cônjuge de maior Capital Segurado, sendo este denominado “Segurado Principal” para efeito desta cláusula.

CLÁUSULA 4 – BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o Segurado Principal.

CLÁUSULA 5 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

- 5.1. Documentos do filhosegurado:
- a) Certidão de Nascimento;
 - b) Relatório do médico responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM, indicando a patologia e data em que esta foi oficialmente diagnosticada e detalhando o quadro clínico;
 - c) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do diagnóstico da doença), incluindo laudos e resultados de exames.
- 5.2. Documentos do SeguradoPrincipal:
- a) Ficha de cadastro, se funcionário do Estipulante;
 - b) Carteira de identidade ou equivalente, CPF (ou outro documento que indique seu número) e comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
 - c) Número de telefone para contato.

CLÁUSULA 6 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Companhia Excelsior de Seguros

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS
PÓSTUMOS (IEFP)**

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

- 1.1. Se ratificada na Apólice, esta cobertura garante ao responsável legal pelo nascituro o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorrida durante o período gestacional, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Quando o Segurado for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do segurado.

CLÁUSULA 2 - GLOSSÁRIO

- 2.1 Além das definições já apresentadas na CLÁUSULA 3 - GLOSSÁRIO das Condições Gerais deste seguro, devem ser consideradas:
- a) Nascituro: Aquele que foi gerado ou concebido, mas ainda não nasceu, embora tenha vida intrauterina e natureza humana.
 - b) Natimorto: Produto do nascimento de um feto morto.
 - c) Responsável legal: Indivíduo com poder legal para representar menor de idade ou incapaz.
 - d) Período gestacional: período correspondente entre concepção e nascimento

CLÁUSULA 3 - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal da CLÁUSULA 3 - GLOSSÁRIO e as descritas na CLÁUSULA 7 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão abrangidos por esta cobertura:

- a) Natimorto e Adoção.

CLÁUSULA 4 - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado em caso de sinistro coberto.
- 4.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do óbito do Segurado.

CLÁUSULA 5 - BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o responsável legal do Nascituro.

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

- 6.1. Documentos do Segurado sinistrado:
 - a) Ficha de cadastro, se funcionário do Estipulante;
 - b) Carteira de identidade ou equivalente;
 - c) CPF (ou outro documento que indique seu número);
 - d) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
 - e) Certidão de Óbito;
 - f) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, em caso de acidente com veículo que estivesse sendo dirigido pelo mesmo;
 - h) Laudo de Necropsia, se houver; e
 - i) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - j) Certidão de nascimento do Nascituro, cuja paternidade ou maternidade seja conhecida e registrada.
- 6.2. Documentos de identificação do beneficiário: (responsável legal pelo nascituro)
 - a) Carteira de identidade ou equivalente, CPF (ou outro documento que indique seu número);
 - b) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
 - c) Comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias); e
 - d) Número de telefone para contato.

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Companhia Excelsior de Seguros

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DOENÇAS GRAVES (DG)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS E RISCOS EXCLUÍDOS

- 1.1. Se ratificada na Apólice, esta cobertura cobre, após o período de carência, quando aplicada, o diagnóstico definitivo de qualquer uma das doenças graves devidamente especificadas abaixo e ainda em caso em que o Segurado venha a se submeter a algum dos transplantes relacionados, no item 1.2, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Para efeito dessa cobertura, serão consideradas “Doenças Graves”, exclusivamente os eventos abaixo:
- a) **Câncer:** doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos. o diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. a doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a doença de hodgkin.

Além das exclusões apresentadas no conceito de Acidentes Pessoais da CLÁUSULA 3 – GLOSSÁRIO e as constantes na CLÁUSULA 7 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos deste evento:

- Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
 - Todos os cânceres não invasivos (in situ);
 - O câncer da próstata no estágio Ia, Ib e IC (Carcinoma prostático primário abaixo do estágio Bo pela classificação modificada Jewett, abaixo de T1c pela classificação TNM em 1992);
 - Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (segundo a classificação Breslow, a profundidade é menor que 1,5 mm);
 - Qualquer tumor maligno na presença de qualquer Vírus da Imunodeficiência Humana, desde que o mesmo tenha sido contraído antes do início de vigência da cobertura individual;
 - Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno; e
 - Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual.
- b) **Infarto Agudo do Miocárdio:** é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. o diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de:
- I. história de dores torácicas típicas.
 - II. alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma – ecg (depressão de onda, ondas t, q).
 - III. elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo ck-mb).

Além das exclusões apresentadas no conceito de Acidentes Pessoais da CLÁUSULA 3 – GLOSSÁRIO e as constantes na CLÁUSULA 7 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos deste evento:

- Angina do peito incluindo angina estável e instável;
 - Angina decúbito;
 - Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina “I” ou “T”; e
 - Outras síndromes coronarianas agudas.
- c) **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** obstrução aguda da circulação sanguínea cardiovascular causada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e/ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio da fala, perda de atividades, paralisia). o diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser confirmado por médico especialista e feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro ou ressonância magnética. os sintomas clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico.

Além das exclusões apresentadas no conceito de Acidentes Pessoais da CLÁUSULA 3 – GLOSSÁRIO e as constantes na CLÁUSULA 7 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos deste evento:

- Hemorragia cerebral causada por acidentes;
 - Hemorragia cerebral causada por tumor cerebral;
 - Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
 - Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e
 - Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.
- d) **Cirurgia de Revascularização Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass):** realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está(ão) estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (bypass) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia e confirmada por um médico especialista.

Além das exclusões apresentadas no conceito de Acidentes Pessoais da CLÁUSULA 3 – GLOSSÁRIO e as constantes na CLÁUSULA 7 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos deste evento:

- Angioplastia e outros procedimentos intra-arteriais;
- Cirurgia tipo “key-hole” (quaisquer procedimentos a tórax fechado, utilizando-se cateteres cirúrgicos); e
- Quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.

- e) **Doença de Alzheimer:** Deterioração da capacidade intelectual ou comportamento anormal, apresentado pelo estado clínico e aos questionários padronizados a respeito da doença de Alzheimer, ou de alterações orgânicas irreversíveis, excluindo neurose e doenças psiquiátricas que resultam na diminuição importante do funcionamento social e que requer supervisão contínua do assegurado. O diagnóstico deverá ser confirmado clinicamente por médico especialista.

Além das exclusões apresentadas no conceito de Acidentes Pessoais da CLÁUSULA 3 – GLOSSÁRIO e as constantes na CLÁUSULA 7 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos deste evento:

- **Outros tipos de demência.**

- f) **Transplante de órgãos:** Recepção de transplante, em função da perda irreversível da função dos seguintes órgãos: coração, fígado, córnea, rim ou medula óssea.

- fi) A realização do transplante deverá ser comprovada por laudo médico, emitido por dois médicos especialistas na patologia em questão. Não serão aceitos como médico especialista o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

Além das exclusões apresentadas no conceito de Acidentes Pessoais da CLÁUSULA 3 – GLOSSÁRIO e as constantes na CLÁUSULA 7 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos deste evento:

- **Auto-transplantes;**
- **Transplantes não especificados no item “f” destas Condições Especiais;**
- **Transplantes diagnosticados anteriormente ao cumprimento do prazo de carência; e**
- **Transplante decorrentes de doenças ou lesões preexistentes de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.**

- g) **Esclerose Múltipla:** Diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, feito por médico neurologista, evidenciado pela presença de sinais e sintomas típicos de desmielinização* e comprometimento das funções motora e sensorial, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas.

Para caracterização desta garantia, o segurado deve:

- I. Apresentar quadro com alterações neurológicas contínuas e persistentes por, no mínimo, seis meses; ou
- II. Ter apresentado, no mínimo, dois surtos da doença clinicamente bem documentados – registros de internação hospitalar ou de terapia específica para crise –, com intervalo de pelo menos um mês entre os episódios; ou
- III. Ter apresentado um único surto da doença, clinicamente bem documentado - registros de internação hospitalar ou de terapia específica para crise – associado a achados característicos da doença no exame delíquor (líquido cefalorraquidiano) e lesões cerebrais típicas na ressonância nuclear magnética.

* **Desmielinização:** que leva à perda ou destruição da bainha de mielina, substância que forma a capa gordurosa que recobre certos nervos.

Além das exclusões apresentadas no conceito de Acidentes Pessoais da CLÁUSULA – GLOSSÁRIO e as constantes na CLÁUSULA – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos deste evento:

- **o diagnóstico de esclerose múltipla que não se enquadre nos critérios acima relacionados para caracterização da doença.**

g.1) Caracterização da cobertura

Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado, os segurados que receberem diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

- h) Insuficiência Renal Terminal:** Insuficiência renal terminal é a etapa final de diversas doenças renais, caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou de transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por médico nefrologista e demonstrado por exames complementares apropriados, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

Além das exclusões apresentadas no conceito de Acidentes Pessoais da CLÁUSULA 3 – GLOSSÁRIO e as constantes na CLÁUSULA 7 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos deste evento:

- **os quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que realizado tratamento de diálise.**

h.1) Caracterização da cobertura

Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de insuficiência renal terminal, desde que a doença causadora do quadro tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

- i) Paralisia.** Perda total e irreversível da função motora de dois ou mais membros (superiores ou inferiores), causada exclusivamente por lesão da medula espinhal decorrente de acidente ou doença.
- O quadro de paralisia (plegia) de dois ou mais membros deve ser passível de verificação por meio de exames especializados e necessita ser clinicamente documentado para confirmação do diagnóstico.
- O diagnóstico e a determinação do quadro de paralisia devem ser feitos por médico neurologista ou neurocirurgião, aceitos pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldados por exames especializados.

Além das exclusões apresentadas no conceito de Acidentes Pessoais da CLÁUSULA 3 – GLOSSÁRIO e as constantes na CLÁUSULA 7 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos deste evento:

- Paralisia causada pela Síndrome de Guillain-Barré.
- Paralisia cuja origem não é uma lesão da medula espinhal (p.ex. traumatismo cranioencefálico).
- Paralisia decorrente de traumas auto-infligidos.

i.1) Caracterização da cobertura

Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo da paralisia, com persistência da sequela neurológica, conforme definição, desde que a doença ou o trauma causador da paralisia tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

- j) **Tumor Cerebral Benigno:** Retirada cirúrgica de um tumor benigno do tecido encefálico, sob anestesia geral, desde que o tumor ou o procedimento cirúrgico resulte em sequela neurológica permanente. Também estão cobertos os tumores benignos do tecido encefálico considerados inoperáveis que cursem com sequela neurológica permanente.
- O procedimento ou diagnóstico deve ser feito por médico neurocirurgião ou neurologista e evidenciado por achados característicos em exames de imagem como tomografia axial computadorizada e ressonância magnética.
- As sequelas neurológicas devem ser consideradas definitivas e precisam ser clinicamente documentadas após a cirurgia ou a partir da data do diagnóstico, caso o tumor seja considerado inoperável, para confirmação do diagnóstico.

Encéfalo: conjunto formado pelo cérebro e tronco cerebral (bulbo, ponte e cerebelo).

Além das exclusões apresentadas no conceito de Acidentes Pessoais da CLÁUSULA 3 – GLOSSÁRIO e as constantes na CLÁUSULA 7 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos deste evento:

- Todos os tipos de cistos intracranianos;
- Granulomas de qualquer natureza;
- Malformações encefálicas arteriais ou venosas;
- Hematomas intracranianos de qualquer natureza;
- Tumores da glândula hipófise;
- Tumores da medula espinhal.

j.1) Caracterização da cobertura:

Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo do tumor cerebral, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura

- 1.3. O segurado somente terá direito a indenização se a doença grave for diagnosticada/transplantada após o prazo de carência e desde que se encontre em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença.
- 1.4. Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico definitivo ou transplante realizado de doenças graves previstas nestas Condições Especiais, estando excluída a

possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico definitivo de mais de uma doença grave.

- 1.5. Esta cobertura será cancelada após o recebimento da indenização ou no primeiro dia posterior à data em que o segurado completar 70 anos de idade, o que ocorrer primeiro.

CLÁUSULA 2 - CAPITAL SEGURADO

- 2.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao Segurado em caso de sinistro coberto.
- 2.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do diagnóstico definitivo da Doença Grave coberta, comprovado por resultado de exame anatomopatológico ou de qualquer outro exame complementar específico, exceto para a Doença Grave coberta de transplante de órgão, que será considerada como data do evento a data do transplante efetivamente realizado e a Doença Grave coberta de Cirurgia de Revascularização Miocárdio com Implante de Ponte Vascular nas Artérias Coronarianas e Tumor Cerebral Benigno, que serão consideradas como data do evento a data da Cirurgia.
- 2.3. Com o recebimento da indenização pela cobertura de Doenças Graves, o seguro estará automaticamente cancelado.

CLÁUSULA 3 – CARÊNCIA

- 3.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice/certificado individual e será contado a partir do início de vigência individual.
- 3.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 3.3 O Segurado não terá direito a nenhuma indenização caso a doença coberta ou a doença motivadora de cirurgia coberta ocorra durante o período de carência.
- 3.4 Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.
- 3.5 Se suspenso ou excluído da apólice por qualquer motivo e, sendo novamente aceito no seguro mediante preenchimento de nova Proposta de Adesão, o Segurado deverá cumprir novo período de carência, salvo expressa menção em contrário na Apólice.
- 3.6 No caso de transferência do grupo segurado de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.
- 3.7 O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 4 – FRANQUIAS

A franquia será estabelecida contratualmente, e quando contratada, deverá respeitar o limite máximo de 60% (sessenta) por cento capital segurado contratado.

CLÁUSULA 5 – BENEFICIÁRIOS

O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

6.1. Documentos do Segurado sinistrado:

- a) Ficha de cadastro, se funcionário do Estipulante;
- b) Carteira de identidade ou equivalente;
- c) CPF (ou outro documento que indique seu número);
- d) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
- e) Relatório médico detalhando as causas da enfermidade e exames complementares, conforme especificado a seguir para cada doença grave:

e.1. Câncer:

- I. laudo médico com diagnóstico do câncer, firmado por médico de especialidade em oncologia, contendo o carimbo com o CRM do médico assistente, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia, data do primeiro diagnóstico e o tipo histológico; e
- II. cópia autenticada do resultado da biópsia ou outro exame complementar que evidenciou a doença maligna.

e.2. Infarto agudo do miocárdio:

- I. laudo médico, firmado por médico de especialidade em cardiologia;
- II. cópia dos exames de enzimas cardíacas;
- III. laudo de cateterismos cardíaco; e
- IV. eletrocardiogramas recentes.

e.3. Acidente Vascular Cerebral:

- I. laudo médico, firmado por médico de especialidade neurológica, diagnosticando o acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a sequela decorrente; e
- II. exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

e.4. Cirurgia de Revascularização Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass):

- I. laudo médico, firmado por médico de especialidade em cirurgia cardíaca ou hemodinâmica diagnosticando a insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), e com a expressa indicação da necessidade de realização de cirurgia cardíaca com tórax aberto ou angioplastia através de cateterismo cardíaco;
- II. laudo de cateterismos cardíaco ou da angioplastia ou o relatório da cirurgia cardíaca; e
- III. eletrocardiogramas recentes.

e.5. Doença de Alzheimer:

- I. laudo médico, firmado por médico de especialidade neurológica, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado e se o mesmo já possui indicação para o termo de curatela; e
- II. exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

e6. Transplante de Órgão

- a) laudo médico, emitido por dois médicos habilitados especialistas na patologia em questão, confirmando o transplante como único recurso capaz de recuperar o órgão afetado;
- b) exames complementares realizados, comprovando a realização do transplante ou relatório da cirurgia utilizada.

e7. Esclerose Múltipla:

- a) declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico e descreva os critérios e achados típicos que possibilitaram este diagnóstico.
- b) exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a existência de achados característicos da doença, como ressonância nuclear magnética e líquido cefalorraquidiano).

e8 - Insuficiência Renal Terminal:

- a) declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de base e o quadro de insuficiência renal terminal.
- b) exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e o comprometimento da função renal, como tomografia computadorizada, ultrassonografia, análises de urina, dosagens de creatinina e uréia, etc.
- c) Relatórios e prontuários hospitalares contendo histórico dos tratamentos dialíticos.

e9 - Paralisia:

- a) declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico de base, e descreva o exame neurológico que configura a paralisia.
- b) exames complementares, como tomografia computadorizada, ressonância magnética, etc., que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e justifiquem o quadro de paralisia.
- c) relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

e10 - Tumor Cerebral Benigno:

- a) declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico, especifique o tipo de tumor cerebral e descreva as sequelas neurológicas definitivas.
- b) exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem o tumor cerebral e as sequelas neurológicas. É necessária a apresentação de exame de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons ou angiografia) e laudo de exame anatomopatológico quando realizada a cirurgia.
- c) prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação, caso realizada.

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Companhia Excelsior de Seguros

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL (DT)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

- 1.1. Se ratificada na Apólice, esta cobertura garante ao Segurado, após o período de carência, a antecipação do Capital Segurado contratado de Morte, em caso de diagnóstico de Doença em Estágio Terminal, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Considera-se portador de doença em fase terminal o portador de doença grave para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos e que apresente uma expectativa de sobrevida não superior a 6 (seis) meses.
- 1.3. **O pagamento da Indenização relativa a esta Cobertura extingue e cancela imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio.**
- 1.4. **A cobertura de Doença Terminal (DT), somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à Cobertura de Morte.**

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal da CLÁUSULA 3 - GLOSSÁRIO e da CLÁUSULA 7 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao(s) Beneficiário(s) em caso de sinistro coberto.
- 3.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data da constatação médica do estágio terminal comprovando que o quadro clínico indica estado grave e de comprometimento irreversível, sem possibilidade de recuperação com os recursos médicos/terapêuticos disponíveis, atestado pelo médico assistente do segurado e reconhecido pela seguradora.

CLÁUSULA 4 – CARÊNCIA

- 4.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da

Apólice/certificado individual e será contado a partir do início de vigência individual.

- 4.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

CLÁUSULA 5 – BENEFICIÁRIOS

- 5.1 O beneficiário do seguro para esta cobertura será o próprio segurado.

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

- a) Ficha de cadastro, se funcionário do Estipulante;
- b) Carteira de identidade ou equivalente;
- c) CPF (ou outro documento que indique seu número);
- d) Comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- e) Número de telefone para contato;
- f) Declaração Médica expedida pelo médico que atendia regularmente o segurado registrando o diagnóstico, tratamento realizado e o quadro clínico, estabelecendo data a partir da qual a evolução da doença justifica o enquadramento em estado terminal
- g) Resultados de exames complementares realizados que comprovam o estágio terminal do quadro clínico e de comprometimento irreversível sem possibilidade de recuperação com os recursos terapêuticos disponíveis.
- h) Caso o segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado;

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Companhia Excelsior de Seguros

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – NEOPLASIA -
(DCN)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

- 1.1. Se ratificada na Apólice, esta cobertura garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento do capital segurado contratado, em caso de diagnóstico de câncer (neoplasia), ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. **Câncer (neoplasia):** É a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O termo Câncer também inclui leucemia e doenças malignas do sistema linfático. O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista e exames anatomopatológico.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões apresentadas no conceito de Acidentes Pessoais da CLÁUSULA 3 – GLOSSÁRIO e as constantes na CLÁUSULA 7 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos deste evento:

- 2.1. todas as neoplasias malignas não invasivas (in situ);
- 2.2. o câncer da próstata abaixo do Estádio III pela Classificação TNM da União Internacional Contra o Câncer traduzido pelo Instituto Nacional de Câncer – INCA em 2004;
- 2.3. melanoma maligno com grau de invasão menor ou igual a 1,5 mm (segundo a classificação Breslow, menor que Estágio II) e todas as outras neoplasias da pele;
- 2.4. qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno;
- 2.5. qualquer neoplasia maligna oriunda do Vírus da Imunodeficiência Humana, desde que o mesmo tenha sido contraído antes da vigência do seguro;
- 2.6. qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- 2.7. qualquer tipo de câncer benigno;
- 2.8. neoplasias existentes antes da data efetiva de início de vigência da Apólice.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao(s) Beneficiário(s) em caso de sinistro coberto.
- 3.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do diagnóstico comprovando o Diagnóstico de Câncer (Neoplasia) do Segurado.

CLÁUSULA 4 – CARÊNCIA

- 4.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice/certificado individual e será contado a partir do início de vigência individual.
- 4.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

CLÁUSULA 5 – BENEFICIÁRIOS

- 5.1 O beneficiário do seguro para esta cobertura será o próprio segurado.
- 5.2 Em caso de falecimento do segurado entre o período do Diagnóstico de Câncer e o aviso do sinistro, a indenização será paga aos beneficiários, conforme legislação vigente.

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

- 6.1 Documentos do Seguradosinistrado:
 - a) Ficha de cadastro, se funcionário do Estipulante;
 - b) Carteira de identidade ou equivalente;
 - c) CPF (ou outro documento que indique seu número);
 - d) Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) das doenças, com sua(s) data(s), tratamento(s) realizado(s), prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso, inclusive cirúrgicas, e sequelas decorrentes (temporárias e/ou permanentes);
 - e) Exames realizados indicativos e confirmativos da doença realizados pelo Segurado, incluindo o Anátomo Patológico; indicando tipo e estágio do câncer;

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Companhia Excelsior de Seguros

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS POR MORTE (VRM)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

- 1.1 Se ratificada na Apólice, esta cobertura garante ao Estipulante o pagamento do capital segurado contratado a título de reembolso das despesas com pagamento de verbas rescisórias, resultante da morte do Segurado decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2 **A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte (M) e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à Cobertura de Morte.**

CLÁUSULA 2 - GARANTIA AO ESTIPULANTE

- 2.1 Esta cobertura garantirá ao Estipulante o pagamento de uma indenização, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, para fazer frente ao reembolso do pagamento de verba rescisória, em razão da Rescisão Trabalhista, exclusivamente por morte do Segurado.
- 2.2 Para fins desta cláusula, considera-se Rescisão Trabalhista a extinção do Contrato de Trabalho, exclusivamente decorrente da morte do Segurado.
- 2.3 O legítimo interesse do Estipulante em figurar como Beneficiário se caracteriza pelos gastos imediatos e inesperados, consequentes da rescisão trabalhista e gastos incorridos com a formação profissional do funcionário, intrínsecos à relação de vínculo empregatício.
- 2.4 Esta cláusula somente poderá ser contratada quando o vínculo do Segurado com o Estipulante for exclusivamente empregatício, ou seja, para segurados que possuam registro em carteira profissional feito pelo Estipulante antes do sinistro. O registro anterior ao sinistro deve ser comprovado pela CAGED do mês imediatamente anterior.

CLÁUSULA 3 - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal da CLÁUSULA 3 - GLOSSÁRIO e da CLÁUSULA 7 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão também excluídos:

- a) **Quaisquer valores referentes a débitos do empregado junto ao empregador, tais como, mas não se limitando a, empréstimos contraídos, quaisquer convênios (farmácias, academias, entre outros), associações com grêmios, aquisição de bens da empresa, mesmo que lançados nas verbas rescisórias como outros descontos.**

CLÁUSULA 4 - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao Beneficiário em caso de sinistro coberto.
- 4.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do óbito do Segurado.

CLÁUSULA 5 - CARÊNCIA

- 5.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice/certificado individual e será contado a partir do início de vigência individual.
- 5.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 5.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

CLÁUSULA 6 - BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será sempre e unicamente o Estipulante.

CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

- 7.1. Documentos do Seguradosinistrado:
 - a) Ficha de cadastro de funcionário;
 - b) Carteira de identidade ou equivalente;
 - c) CPF (ou outro documento que indique seu número);
 - d) Certidão de Óbito;
 - e) Carteira de Trabalho;
 - f) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, em caso de acidente com veículo que estivesse sendo dirigido pelo mesmo;
 - h) Laudo de Necropsia, se houver; e
 - i) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - j) cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.
 - k) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- 7.2. Documentos do Estipulante:
 - a) CNPJ, Contrato Social e Comprovante de Endereço do Estipulante;

- b) Contrato de Trabalho do Segurado;
- c) Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
- d) Pessoa e telefone para contato;
- e) CAGED do mês imediatamente anterior ao sinistro.

CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE CESTA BÁSICA MORTE (CBM)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

- 1.1. Se ratificada na Apólice, esta cobertura garante a título de auxílio alimentação, ao beneficiário do seguro, decorrente do falecimento do segurado de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Esta cobertura, não poderá ser contratada para menores de 14 (quatorze) anos.
- 1.3. **A cobertura de Cesta Básica Morte (CBM), somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à Cobertura de Morte.**

CLÁUSULA 2 – RISCOS EXCLUIDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal da CLÁUSULA 3 - GLOSSÁRIO e todos os termos da CLÁUSULA 7 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao Beneficiário em caso de sinistro coberto e deverá ser especificado na apólice.
- 3.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do óbito do Segurado.

CLÁUSULA 4 – CARÊNCIA

- 4.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice/certificado individual e será contado a partir do início de vigência individual.
- 4.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 4.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

CLÁUSULA 5 – BENEFICIÁRIOS

Observado os termos da CLÁUSULA 18 - BENEFICIÁRIOS das Condições Gerais os beneficiários do seguro para esta cobertura serão designados livremente pelo Segurado, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

- 6.1. Documentos do Segurado sinistrado:
 - a) Ficha de cadastro, se funcionário do Estipulante;
 - b) Carteira de identidade ou equivalente;
 - c) CPF (ou outro documento que indique seu número);
 - d) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
 - e) Certidão de Óbito;
 - f) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, em caso de acidente com veículo que estivesse sendo dirigido pelo mesmo;
 - h) Laudo de Necropsia, se houver; e
 - i) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- 6.2. Documentos de identificação de cada beneficiário:
 - a) Carteira de identidade ou equivalente;
 - b) CPF (ou outro documento que indique seu número);
 - c) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
 - d) Comprovante de união estável (em caso de companheiro beneficiário);
 - e) Comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias); e
 - f) Número e telefone para contato.

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Companhia Excelsior de Seguros

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS (DD)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

- 1.1. Se ratificada na Apólice, esta cobertura garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado, exclusivamente, decorrente do falecimento do segurado de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Esta cobertura, não poderá ser contratada para menores de 14 (quatorze) anos.
- 1.3. **A cobertura de Despesas Diversas (DD), somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à Cobertura de Morte**

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUIDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal da CLÁUSULA 3 - GLOSSÁRIO e todos os termos da CLÁUSULA 7 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao Beneficiário em caso de sinistro coberto e deverá ser especificado na apólice.
- 3.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do óbito do Segurado.

CLÁUSULA 4 - CARÊNCIA

- 4.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice/certificado individual e será contado a partir do início de vigência individual.
- 4.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 4.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

CLÁUSULA 5 - BENEFICIÁRIOS

Observado os termos da CLÁUSULA 18 - BENEFICIÁRIOS das Condições Gerais os beneficiários do seguro para esta cobertura serão designados livremente pelo Segurado, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

- 6.1. Documentos do Segurado sinistrado:
 - a) Ficha de cadastro, se funcionário do Estipulante;
 - b) Carteira de identidade ou equivalente;
 - c) CPF (ou outro documento que indique seu número);
 - d) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
 - e) Certidão de Óbito;
 - f) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, em caso de acidente com veículo que estivesse sendo dirigido pelo mesmo;
 - h) Laudo de Necropsia, se houver; e
 - i) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- 6.2. Documentos de identificação de cada beneficiário:
 - a) Carteira de identidade ou equivalente;
 - b) CPF (ou outro documento que indique seu número);
 - c) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
 - d) Comprovante de união estável (em caso de companheiro beneficiário);
 - e) Comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias); e
 - f) Número e telefone para contato.

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Companhia Excelsior de Seguros

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTOS (AM)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

- 1.1 Se ratificada na Apólice, esta cobertura garante ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado correspondente a 1 (uma) diária adicional à Cobertura Diária de Internação Hospitalar Contratada (DIH) em caso de sua hospitalização causada exclusivamente por Doença ou Acidente Pessoal coberto, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2 **A cobertura de Auxílio Medicamentos (AM), somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Diárias por Internação Hospitalar (DIH) e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à Cobertura de Diárias por Internação Hospitalar.**

CLÁUSULA 2 – RISCOS EXCLUIDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal da CLÁUSULA 3 - GLOSSÁRIO e todos os termos da CLÁUSULA 7 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado em caso de sinistro coberto e deverá ser especificado na apólice.
- 3.1.1 Para esta cobertura o capital segurado será correspondente a 1 (uma) diária da cobertura de Internação Hospitalar (DIH)
- 3.2 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do primeiro dia de internação hospitalar.

CLÁUSULA 4 – CARÊNCIA

- 4.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice/certificado individual e será contado a partir do início de vigência individual.
- 4.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 4.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

CLÁUSULA 5 – BENEFICIÁRIOS

O beneficiário dessa cobertura serão próprio segurado.

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

- a) Ficha de cadastro, se funcionário do Estipulante;
- b) Documentos do Segurado: Carteira de identidade ou equivalente, CPF (ou outro documento que indique seu número) e comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- c) Número de telefone para contato;
- d) Relatório do Médico Responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM, comprovando o período de internação, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento;
- e) Declaração original do Hospital em papel timbrado, carimbada e assinada pelo Diretor Clínico, comprovando causa, data e hora da internação e da alta médica;
- f) Prontuário médico fornecido pelo Hospital;
- g) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- h) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- i) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando necessário;
- j) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando obrigatório;
- k) Comprovantes originais das despesas com as diárias hospitalares.

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Companhia Excelsior de Seguros

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO EDUCAÇÃO (AE)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

- 1.1. Se ratificada na Apólice, esta cobertura garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado, a título de auxílio educação, exclusivamente, decorrente do falecimento do segurado de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. **A cobertura de Auxílio Educação (AE), somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à Cobertura de Morte.**
- 1.3. Para fins de aceitação do Seguro deverá o Segurado comprovar a existência de filhos em idade escolar e que estejam regularmente matriculados em estabelecimento de ensino, cursando série compreendida desde o nível básico (educação infantil, ensino fundamental e ensino médio) até o nível superior (cursado nas universidades; confere formação em uma área específica).
- 1.4. Esta Cobertura não se trata de seguro educacional e não visa o custeio das despesas diretamente ocasionadas com educação do Beneficiário, refere-se apenas ao pagamento do capital segurado contratado, a fim de minimizar os impactos no custeio da educação dos filhos do segurado em idade escolar.

CLÁUSULA 2 – RISCOS EXCLUIDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal da CLÁUSULA 3 - GLOSSÁRIO e todos os termos da CLÁUSULA 7 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao Beneficiário em caso de sinistro coberto e deverá ser especificado na apólice.
- 3.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do óbito do Segurado.

CLÁUSULA 4 – CARÊNCIA

- 4.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice/certificado individual e será contado a partir do início de vigência individual.

- 4.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 4.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

CLÁUSULA 5 – BENEFICIÁRIOS

Os beneficiários do seguro para esta cobertura serão os filhos do segurado que estejam em idade escolar na data do seu falecimento.

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

6.1. Documentos do Seguradosinistrado:

- a) Ficha de cadastro, se funcionário do Estipulante;
- b) Carteira de identidade ou equivalente;
- c) CPF (ou outro documento que indique seu número);
- d) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
- e) Certidão de Óbito;
- f) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, em caso de acidente com veículo que estivesse sendo dirigido pelo mesmo;
- h) Laudo de Necropsia, se houver; e
- i) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

6.2. Documentos de identificação de cada beneficiário:

- a) Carteira de identidade ou equivalente;
- b) CPF (ou outro documento que indique seu número);
- c) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
- d) Comprovante de união estável (em caso de companheiro beneficiário);
- e) Comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias); e
- f) Número e telefone para contato.

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE FUNERAL (F)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

- 1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura garante a prestação de serviços com o funeral **ou** reembolso das despesas de funeral no caso da morte do Segurado, seus dependentes ou agregados, de acordo com o plano de cobertura contratado, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.**
- 1.2. **A prestação de serviços ou o pagamento de reembolso de despesas com funeral não caracteriza o direito à cobertura de Morte como risco coberto pelo seguro. A indenização da cobertura de Morte estará sujeita a análise da documentação e demais circunstâncias da ocorrência do sinistro, respeitadas as demais cláusulas Contratuais.**
- 1.3. Nas localidades onde não esteja disponível rede credenciada com o prestador de serviço de assistência, a indenização será na forma de reembolso.
- 1.4. No caso da opção pelo reembolso, serão reembolsadas as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação do Segurado, seus dependentes ou agregados, de acordo com o plano de cobertura contratado, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais (cópias autenticadas) contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, **exceto as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo.**
- 1.5. **No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de assistência Funeral, não haverá qualquer direito a reembolso posterior.**
- 1.6. No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de assistência Funeral, os serviços a seguir especificados serão prestados exclusivamente mediante o acionamento da Central de Atendimento de serviços de assistências (número de telefone indicado na Proposta de Contratação e Apólice) pelos Familiares e/ou Beneficiários, que solicitará as seguintes informações:
 - Nome do Segurado
 - CPF

Para planos abrangendo dependentes ou agregados, além das informações do segurado acima, deverá informar:

- Nome do sinistrado e grau de parentesco
- CPF sinistrado
- Comprovante do grau de parentesco

17. Confirmados os dados do Segurado ou do sinistrado e estando o seguro em vigor, serão prestados os serviços previstos neste plano.
18. **Para que ocorra a prestação do serviço de funeral, fica acordado que o familiar do segurado deverá obrigatoriamente entregar ao prestador as cópias das seguintes documentações:**
- **Declaração de óbito (ou certidão de óbito)**
 - **RG e CPF do segurado e do sinistrado em caso de planos com abrangência de dependentes ou agregados**
19. O Serviço de Assistência Funeral garante, a prestação dos serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço) que englobem os seguintes itens:
- **Urna:** de madeira com ou sem visor, padrão standard e ornamentação com flores da época e véu simples para cobrir o corpo.
 - **Veículo:** carro fúnebre dentro do município de residência.
 - **Véu:** véu simples para cobrir o corpo.
 - **Capela:** locação em salas velatórias públicas. Caso seja realizado em salas particulares os valores deverão ser similares aos das salas públicas.
 - **Cremação:** Serviço executado apenas nas cidades que possuem disponibilidade para a realização. A Assistência arcará com os custos equivalentes aos dos crematórios públicos, caso a família opte pelo serviço particular. As cinzas serão encaminhadas para a cidade domiciliar da família. As despesas com passagens e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Cremação correrão por conta da família.
 - **Documentação:** registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da certidão de óbito.
 - **Flores:** 01 (uma) coroa de flores média e 1 arranjo de flores para decoração da sala de velório.
 - **Preparação do Corpo:** banho, barba, vestimenta (ato de vestir), etc. (higienização básica mais preparação e tamponamento).
 - **Presença:** livro ou folha para assinaturas.
 - **Parâmetros:** jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona.
 - **Sepultamento:** em túmulo (ou jazigo) no jazigo da família com pagamento da taxa de sepultamento, desde que a mesma seja compatível com os custos da taxa dos cemitérios públicos.
 - **Jazigo:** Caso o segurado não possua jazigo ou sepultura, a Seguradora garantirá a locação de cemitério e jazigo por um período máximo de 03 (três) anos, tempo necessário para exumação. Após este período a locação fica sob responsabilidade dos familiares. Não sendo possível sepultamento por motivos alheios a vontade da Seguradora na cidade indicada pela família, este será feito na cidade mais próxima.
 - **Traslado:** transporte do corpo do local onde ocorreu o óbito para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado, em urna mortuária apropriada. A Assistência determinará se o transporte será aéreo ou

terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local. O traslado será fornecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do cliente (a), constante na apólice; caso o óbito ocorra dentro do município de residência não será fornecido este serviço. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.

- **Transmissão de Mensagens Urgentes:** A Assistência transmitirá mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do cliente (a).

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes na CLÁUSULA 7 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:

- a) Aquisição de jazigo;**
- b) A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.**

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURO

- 3.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao Beneficiário em caso de sinistro coberto.
- 3.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do óbito do Segurado.
- 3.3. Essa cobertura poderá ser contratada nas seguintes opções:
 - a) Funeral – Individual: Garante o reembolso ou os serviços de assistência exclusivamente para o Segurado Principal do seguro.
 - b) Funeral - Familiar: Garante o reembolso ou os serviços de assistência para o Segurado Principal do seguro, seu cônjuge e filhos.
 - c) Funeral - Familiar Ampliado: Garante o reembolso ou os serviços de assistência para o Segurado Principal do seguro, seu Cônjuge, Filhos, Pai, Mãe, Sogro e Sogra.
- 3.3.1 Para fins desta cobertura, deve ser considerado:
 - i. Cônjuge: é a(o) esposa(o) do Segurado(a)
O(a) companheiro(a) equipara-se ao cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.
 - ii. Filhos – são considerados para fins desse seguro, o(s) filho(s), o(s) enteado(s) e o(s) menor(es) considerado(s) dependente(s) do Segurado, conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda – IRPF.
 - iii. Pai, Mãe, Sogro e Sogra – desde que considerado(s) dependente(s) do Segurado conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda – IRPF.

CLÁUSULA 4 – BENEFICIÁRIO

Será a pessoa física ou jurídica que, mediante apresentação de comprovantes originais, tiver realizado o pagamento das despesas com o funeral, observado o Capital Segurado.

CLÁUSULA 5 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, **(em caso de solicitação de reembolso)** deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

- 5.1. Documentos de identificação do Segurado sinistrado e despesas realizadas:
 - a) Carteira de identidade ou equivalente;
 - b) CPF (ou outro documento que indique seu número);
 - c) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
 - d) Certidão de óbito; e
 - e) Notas fiscais originais das despesas efetuadas com o funeral do Segurado, contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos.
- 5.1.1 Para os planos com abrangência de dependentes ou agregados, além dos documentos acima, deverá ser encaminhado:
 - a) Carteira de identidade ou equivalente (segurado e sinistrado);
 - b) CPF (ou outro documento que indique seu número) (segurado e sinistrado);
 - c) Comprovante de vínculo com o segurado e sua dependência, conforme apresentado no item 3.3.1 destas condições especiais.
- 5.2. Documentos de identificação de cada beneficiário:
 - a) Carteira de identidade ou equivalente;
 - b) CPF (ou outro documento que indique seu número);
 - c) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
 - d) Comprovante de união estável (em caso de companheiro beneficiário);
 - e) Comprovante de residência; e
 - f) Número de telefone para contato.
- 5.3. O pagamento da indenização desta cobertura não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de que passam a ser devidas indenizações previstas por outras coberturas indicadas na Apólice.

CLÁUSULA 6 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

- 6.1. A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas com o funeral do Segurado.
- 6.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a

distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

- 6.2.1. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado e limite máximo de indenização da cobertura;
- 6.2.2. Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o item 6.2.1 desta cláusula;
- 6.2.3. Se a quantia a que se refere o item 6.2.2 desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o beneficiário a responsabilidade pela diferença, se houver;
- 6.2.4. Se a quantia estabelecida no item 6.2.2 for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele item.

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Companhia Excelsior de Seguros

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE DE FORMA AUTOMÁTICA

CLÁUSULA 1 – DEFINIÇÃO

Para fins desta Cláusula Suplementar, entende-se como:

- a) Segurado Principal - Pessoa física, vinculada ao Estipulante ou Subestipulante, incluída no seguro; e
- b) Segurado Dependente – é o cônjuge do Segurado Principal.
Entende-se como Cônjuge a pessoa unida ao Segurado Principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei, assim como a(o) companheira(o) que por força de legislação tenha adquirido as prerrogativas de cônjuge.

CLÁUSULA 2 – OBJETIVO E RISCOS COBERTOS

- 2.1. Tendo sido ratificada na Apólice, esta cláusula consiste na inclusão do cônjuge do Segurado Principal na cobertura do seguro.
- 2.2. Não estarão cobertos pelo seguro os cônjuges que estejam aposentados por invalidez ou que estejam afastados ou impossibilitados de exercer atividades laborativas por motivo de doença.
- 2.3. O Segurado Principal é responsável pelas informações prestadas acerca de si e de seu cônjuge.
- 2.4. Estão automaticamente excluídos desta cláusula os cônjuges que façam parte do grupo de Segurados Principais.
- 2.5. Poderão ser contratadas para o cônjuge, desde que também contratadas para o Segurado Principal, uma ou mais das seguintes coberturas:
 - a) Morte (M);
 - b) Morte Acidental (MA);
 - c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
 - d) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA); e
 - e) Funeral (AUF).

CLÁUSULA 3 – INCLUSÃO NA APÓLICE

- 3.1. A inclusão do cônjuge se dá de forma automática a partir da inclusão do Segurado Principal no seguro.
- 3.2. Também haverá a inclusão automática do cônjuge a partir da data da união civil, quando posterior à inclusão do Segurado Principal no seguro.

CLÁUSULA 4 – CAPITAL SEGURADO

Os capitais segurados das coberturas contratadas para o cônjuge serão definidos na Apólice e não poderão ser superiores a 100% (cem por cento) do Capital Segurado para o Segurado Principal.

CLÁUSULA 5 – BENEFICIÁRIOS

- 5.1. A indenização por morte devida por esta cláusula será paga ao Segurado Principal.
- 5.2. A indenização por outras coberturas contratadas para o cônjuge será paga ao próprio cônjuge.
- 5.3. Na hipótese de morte simultânea do Segurado Principal e do Cônjuge dependente, nos termos desta cláusula, a indenização referente à cobertura do Cônjuge deverá ser paga aos herdeiros legais do Segurado.

CLÁUSULA 6 – CESSAÇÃO DA COBERTURA DO CÔNJUGE

- 6.1. Esta cláusula suplementar será obrigatoriamente cancelada se:
 - a) O seguro do Segurado Principal for cancelado; ou
 - b) Ocorrer a morte, a invalidez total e permanente por acidente ou a invalidez funcional total e permanente por doença do Segurado Principal.
- 6.2. A cobertura individual de cada segurado dependente será automaticamente cancelada se:
 - a) Houver pedido por escrito do Segurado principal;
 - b) Houver separação judicial ou de fato, nos termos da legislação civil vigente; ou
 - c) O segurado dependente for incluído no grupo segurado principal.

CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Além dos documentos previstos nas Condições Gerais e Especiais, será necessária a apresentação da Certidão de Casamento, no caso de cônjuge do Segurado, ou, sendo companheira(o), de comprovação junto ao órgão previdenciário de que a (o) companheira(a) é reconhecida (o) como Beneficiária (o).

CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas por esta Cláusula Suplementar.

Companhia Excelsior de Seguros

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE DE FORMA FACULTATIVA

CLÁUSULA 1 – DEFINIÇÃO

Para fins desta Cláusula Suplementar, entende-se como:

- a) Segurado Principal - Pessoa física, vinculada ao Estipulante ou Subestipulante, incluída no seguro; e
- b) Segurado Dependente – é o cônjuge do Segurado Principal.
Entende-se como Cônjuge a pessoa unida ao Segurado Principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei, assim como a(o) companheira(o) que por força de legislação tenha adquirido as prerrogativas de cônjuge.

CLÁUSULA 2 – OBJETIVO E RISCOS COBERTOS

- 2.1. Tendo sido ratificada na Apólice, esta cláusula consiste na inclusão do cônjuge do Segurado Principal na cobertura do seguro.
- 2.2. Não estarão cobertos pelo seguro os cônjuges que estejam aposentados por invalidez ou que estejam afastados ou impossibilitados de exercer atividades laborativas por motivo de doença.
- 2.3. O Segurado Principal é responsável pelas informações prestadas acerca de si e de seu cônjuge.
- 2.4. Estão automaticamente excluídos desta cláusula os cônjuges que façam parte do grupo de Segurados Principais.
- 2.5. Poderão ser contratadas para o cônjuge, desde que também contratadas para o Segurado Principal, uma ou mais das seguintes coberturas:
 - a) Morte (M);
 - b) Morte Acidental (MA);
 - c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
 - d) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA); e
 - e) Funeral (F)

CLÁUSULA 3 – INCLUSÃO NA APÓLICE

A inclusão do cônjuge se dará de forma facultativa, mediante solicitação expressa do Segurado Principal, através do preenchimento da Proposta de Adesão.

CLÁUSULA 4 – CAPITAL SEGURADO

Os capitais segurados das coberturas contratadas para o cônjuge serão definidos na Apólice e não poderão ser superiores a 100% (cem por cento) do Capital Segurado para o Segurado Principal.

CLÁUSULA 5 – BENEFICIÁRIOS

- 5.1. A indenização por morte devida por esta cláusula será paga ao Segurado Principal.
- 5.2. A indenização por outras coberturas contratadas para o cônjuge será paga ao próprio cônjuge.
- 5.3. Na hipótese de morte simultânea do Segurado Principal e do Cônjuge dependente, nos termos desta cláusula, a indenização referente à cobertura do Cônjuge deverá ser paga aos herdeiros legais do Segurado.

CLÁUSULA 6 – CESSAÇÃO DA COBERTURA DO CÔNJUGE

- 6.1. Esta cláusula suplementar será obrigatoriamente cancelada se:
 - a) O seguro do Segurado Principal for cancelado; ou
 - b) Ocorrer a morte, a invalidez total e permanente por acidente ou a invalidez funcional total e permanente por doença do Segurado Principal.
- 6.2. A cobertura individual de cada segurado dependente será automaticamente cancelada se:
 - a) Houver pedido por escrito do Segurado principal;
 - b) Houver separação judicial ou de fato, nos termos da legislação civil vigente; ou
 - c) O segurado dependente for incluído no grupo segurado principal.

CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Além dos documentos previstos nas Condições Gerais e Especiais, será necessária a apresentação da Certidão de Casamento, no caso de cônjuge do Segurado, ou, sendo companheira(o), de comprovação junto ao órgão previdenciário de que a (o) companheira(a) é reconhecida (o) como Beneficiária (o).

CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas por esta Cláusula Suplementar.

Companhia Excelsior de Seguros

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS DE FORMA AUTOMÁTICA

CLÁUSULA 1 – DEFINIÇÃO

Para fins desta Cláusula Suplementar, entende-se como:

- a) Segurado Principal - Pessoa física, vinculada ao Estipulante ou Subestipulante, incluída no seguro; e
- b) Segurados Dependentes – são os filhos e os enteados menores dependentes do Segurado Principal, assim considerados de acordo com a regulamentação do INSS e do Imposto de Renda.

CLÁUSULA 2 – OBJETIVO E RISCOS COBERTOS

- 2.1. Tendo sido ratificada na Apólice, esta cláusula consiste na inclusão dos filhos dependentes do Segurado Principal na cobertura do seguro.
- 2.2. Não estarão cobertos pelo seguro os filhos que estejam aposentados por invalidez ou que estejam afastados ou impossibilitados de exercer atividades laborativas por motivo de doença.
- 2.3. O Segurado Principal é responsável pelas informações prestadas acerca de si e de seus dependentes.
- 2.4. Estão automaticamente excluídos desta cláusula os filhos que façam parte do grupo de Segurados Principais.
- 2.5. Poderão ser contratadas para os filhos maiores de 14 (quatorze) anos, desde que também contratadas para o Segurado Principal, uma ou mais das seguintes coberturas:
 - a) Morte (M);
 - b) Morte Acidental (MA);
 - c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
 - d) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA); e
 - e) Funeral (F).
- 2.6. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos poderão ser contratadas as coberturas abaixo, observando-se o item 4.2 desta Cláusula Suplementar:
 - a) Morte (M);
 - b) Morte Acidental (MA);
 - c) Funeral (F).

CLÁUSULA 3 – INCLUSÃO NA APÓLICE

- 3.1. A inclusão dos filhos se dá de forma automática a partir da inclusão do Segurado Principal no seguro.

- 3.2. Também haverá a inclusão automática dos filhos, a partir das datas de nascimento, quando posterior à inclusão do Segurado Principal no seguro.
- 3.3. Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos serão segurados apenas uma vez, considerando-se dependentes do cônjuge de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta cláusula.

CLÁUSULA 4 – CAPITAL SEGURADO

- 4.1. Os capitais segurados das coberturas contratadas para os filhos dependentes serão definidos na Apólice e não poderão ser superiores a 100% (cem por cento) do Capital Segurado para o Segurado Principal.
- 4.2. No caso de filhos menores de 14 anos, nos termos da legislação específica, o Capital Segurado destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

CLÁUSULA 5 – BENEFICIÁRIOS

- 5.1. A indenização por morte devida por esta cláusula será paga ao Segurado Principal.
- 5.2. A indenização por cobertura de invalidez permanente por acidente quando contratada para o filho será paga ao próprio filho.

CLÁUSULA 6 – CESSAÇÃO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S) DEPENDENTE(S)

- 6.1. Esta cláusula suplementar será obrigatoriamente cancelada se:
 - a) O seguro do Segurado Principal for cancelado; ou
 - b) Ocorrer a morte, a invalidez total e permanente por acidente ou a invalidez funcional total e permanente por doença do Segurado Principal.
- 6.2. A cobertura individual de cada segurado dependente será automaticamente cancelada se:
 - a) Houver pedido por escrito do Segurado principal;
 - b) Cessar a condição de dependente prevista no Regulamento do Imposto de Renda.
 - c) O segurado dependente for incluído no grupo segurado principal

CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Além dos documentos previstos nas Condições Gerais e Especiais, será necessária a apresentação da Certidão de Nascimento, no caso de filhos, ou sendo enteado ou menores



será necessário termo de Tutela ou de Curatela e, ainda, conforme o caso, de cópia da declaração de Imposto de Renda comprovando a dependência econômica.

CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas por esta Cláusula Suplementar.

Companhia Excelsior de Seguros

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS DE FORMA FACULTATIVA

CLÁUSULA 1 – DEFINIÇÃO

Para fins desta Cláusula Suplementar, entende-se como:

- a) Segurado Principal - Pessoa física, vinculada ao Estipulante ou Subestipulante, incluída no seguro; e
- b) Segurados Dependentes – são os filhos e os enteados menores dependentes do Segurado Principal, assim considerados de acordo com a regulamentação do INSS e do Imposto de Renda.

CLÁUSULA 2 – OBJETIVO E RISCOS COBERTOS

- 2.1. Tendo sido ratificada na Apólice, esta cláusula consiste na inclusão dos filhos dependentes do Segurado Principal na cobertura do seguro.
- 2.2. Não estarão cobertos pelo seguro os filhos que estejam aposentados por invalidez ou que estejam afastados ou impossibilitados de exercer atividades laborativas por motivo de doença.
- 2.3. O Segurado Principal é responsável pelas informações prestadas acerca de si e de seus dependentes.
- 2.4. Estão automaticamente excluídos desta cláusula os filhos que façam parte do grupo de Segurados Principais.
- 2.5. Poderão ser contratadas para os filhos maiores de 14 (quatorze) anos, desde que também contratadas para o Segurado Principal, uma ou mais das seguintes coberturas:
 - a) Morte (M);
 - b) Morte Acidental (MA);
 - c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
 - d) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA); e
 - e) Funeral (F).
- 2.6. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos poderão ser contratadas as coberturas abaixo, observando-se o item 4.2 desta Cláusula Suplementar:
 - a) Morte (M); Morte Acidental (MA);
 - b) Funeral (F).

CLÁUSULA 3 – INCLUSÃO NA APÓLICE

- 3.1. A inclusão dos filhos se dará de forma facultativa, mediante a solicitação expressa do Segurado Principal através do preenchimento da Proposta de Adesão.

- 3.2. Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos serão segurados apenas uma vez, considerando-se dependentes do cônjuge de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta cláusula.

CLÁUSULA 4 – CAPITAL SEGURADO

- 4.1. Os capitais segurados das coberturas contratadas para os filhos dependentes serão definidos na Apólice e não poderão ser superiores a 100% (cem por cento) do Capital Segurado para o Segurado Principal.
- 4.2. No caso de filhos menores de 14 anos, nos termos da legislação específica, o Capital Segurado destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

CLÁUSULA 5 – BENEFICIÁRIOS

- 5.1. A indenização por morte devida por esta cláusula será paga ao Segurado Principal.
- 5.2. A indenização por cobertura de invalidez permanente por acidente quando contratada para o filho será paga ao próprio filho.

CLÁUSULA 6 – CESSAÇÃO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S) DEPENDENTE(S)

- 6.1. Esta cláusula suplementar será obrigatoriamente cancelada se:
- a) O seguro do Segurado Principal for cancelado; ou
 - b) Ocorrer a morte, a invalidez total e permanente por acidente ou a invalidez funcional total e permanente por doença do Segurado Principal.
- 6.2. A cobertura individual de cada segurado dependente será automaticamente cancelada se:
- a) Houver pedido por escrito do Segurado principal;
 - b) Cessar a condição de dependente prevista no Regulamento do Imposto de Renda.
 - c) O segurado dependente for incluído no grupo segurado principal

CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Além dos documentos previstos nas Condições Gerais e Especiais, será necessária a apresentação da Certidão de Nascimento, no caso de filhos, ou sendo enteado ou menores será necessário termo de Tutela ou de Curatela e, ainda, conforme o caso, de cópia da declaração de Imposto de Renda comprovando a dependência econômica.



CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas por esta Cláusula Suplementar.

Companhia Excelsior de Seguros

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS (ET)

Pela presente Cláusula, fica entendido e concordado que serão distribuídos os excedentes técnicos desta apólice, conforme as condições seguintes:

CLÁUSULA 1 – DEFINIÇÕES

- 1.1. Considera-se como Excedente Técnico a diferença positiva entre as receitas e despesas, apurada de acordo com os critérios estabelecidos no item 3 abaixo.
- 1.2. O percentual de distribuição do Excedente Técnico será estabelecido no Contrato.
- 1.3. O termo IBNR abordado nesta cláusula, item 3, se refere à provisão técnica obrigatória para as Seguradoras, de forma a garantir o pagamento dos sinistros ocorridos e ainda não avisados.

CLÁUSULA 2 – PERÍODO E PRAZO DE APURAÇÃO

- 2.1. O Excedente Técnico será apurado a cada período de 12 (doze) meses de vigência do seguro.
- 2.2. A apuração e distribuição será realizada até 60 (sessenta) dias após o pagamento da última fatura correspondente ao término do período indicado no subitem anterior.

CLÁUSULA 3 – CRITÉRIOS DA APURAÇÃO

- 3.1. Consideram-se como RECEITAS:
 - a) Prêmios líquidos emitidos, efetivamente pagos, correspondentes à competência do período da apuração;
 - b) Sinistros computados em períodos anteriores, posteriormente estornados;
 - c) IBNR considerada na apuração anterior, conforme definido na alínea “f”, do item 3.2 abaixo.
- 3.2. Consideram-se como DESPESAS:
 - a) Comissões de corretagem, comissões de administração/pró-labore e agenciamentos pagos durante o período;
 - b) Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época, inclusive despesas de sinistro, avisados ou pagos até a data de apuração do excedente e ainda não considerados em períodos anteriores, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado.
 - c) Saldos negativos de excedente técnicos apurados em períodos anteriores, ainda não compensados;
 - d) Impostos diretos sobre a emissão, PIS e COFINS, apurados de acordo com a legislação vigente. Outros impostos, incidentes sobre a emissão, que vierem a ser criados e estejam vigentes no período, serão incluídos na apuração;

- e) Despesas de administração da Seguradora, conforme indicado no Contrato.
 - f) Percentual sobre o total dos sinistros computados na apuração, a título de IBNR, para suportar os sinistros ocorridos e ainda não avisados à Seguradora, conforme indicado no Contrato.
33. As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente pelo IPCA-IBGE, a partir:
- a) Do respectivo pagamento para prêmios e comissões;
 - b) Do aviso à Seguradora para os sinistros;
 - c) Da respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
 - d) Do efetivo pagamento, para outras despesas.
34. O resultado apurado de Excedente Técnico será atualizado monetariamente pelo IPCA-IBGE, desde o término do período de apuração até sua distribuição.

CLÁUSULA 4 – CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO

Para a distribuição do Excedente Técnico serão observadas as seguintes condições:

- 4.1. Nos seguros não contributários a devolução caberá integralmente ao Estipulante.
- 4.2. Nos seguros contributários, a distribuição será destinada ao Segurado, integralmente ou parcialmente proporcional à sua contribuição no prêmio do seguro.
- 4.3. Em substituição aos itens 4.1 e 4.2 o Excedente Técnico poderá ainda ser revertido em quitação de faturas subsequentes, quando a apólice for renovada e mediante expressa solicitação.

Cia Excelsior de Seguros
