

Recomeço



Seguro

MICROSSEGURO DE PESSOAS

COLETIVO

Processo Susep n.: 15414.628501/2024-46

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Sumário

1. OBJETIVO	03
2. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA	03
3. PROCEDIMENTOS PARA O ATENDIMENTO DOS SERVIÇOS.....	03
4. SERVIÇOS	03
4.1 Descrição dos Serviços: TELEMEDICINA.....	03
4.2 Descrição dos Serviços: REDE DE DESCONTOS E CASH BACK	05
4.3 Descrição dos Serviços: ASSISTÊNCIA APOIO EMOCIONAL.....	06
4.4 IMPORTANTE	07
5. COBERTURAS	07
5.1 Morte Acidental – MA	07
5.2 Reembolso de Despesas com Funeral – RDF	09
5.3 Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA	13
5.4 Condição Especial – Desemprego – D.....	16
5.5 Condição Especial – Amparo Protetivo – AP.....	18
5.6 Condição Especial – Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas – DMHO.....	19
6. RISCOS EXCLUÍDOS A TODAS AS COBERTURAS	21

1. OBJETIVO

1.1. Disponibilizar à segurada serviço(s) e garantias ligado(s) à Assistência e às coberturas contratadas, de acordo com o Regulamento, Condições Gerais e Especiais.

2. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

2.1. As coberturas são válidas em todo o globo terrestre. Os serviços serão prestados em todo o território nacional.

3. PROCEDIMENTOS PARA O ATENDIMENTO DOS SERVIÇOS

3.1. A segurada deverá ligar para a Central de Atendimento através dos telefones 0800 042 0647 – LIGAÇÃO GRATUITA 24 HORAS, fornecer as informações necessárias para sua identificação e solicitar o serviço.

3.2. Os serviços do seguro Amparo Mulher – Estrela Protegida compreendem atendimento de auxílio profissional especializado nas áreas descritas no item 4. Serviços e, serão prestados através de atendimento telefônico ou por meio de indicação de profissional especializado.

3.3. Prazo máximo de retorno: próximo dia útil.

3.4. Em caso de sinistro deverá acionar a Central de Atendimento através do telefone: 0800 042 0647.

4. SERVIÇOS

O seguro Amparo Mulher tem adicionalmente o objetivo prestar serviços de assistência e coberturas específicas, de acordo com o contrato de seguro.

4.1 Descrição dos Serviços: TELEMEDICINA

Tele triagem inicial, disponível 24 hs. por dia, por meio de ligações gratuitas, vídeo chamada através da central de atendimento.

Os atendimentos iniciarão sempre com tele triagem e, se ao final do atendimento a conduta for encaminhamento médico para consulta eletiva ou pronto atendimento (urgência), o enfermeiro perguntará o que o(a) beneficiário(a) prefere buscar atendimento presencial, ou ser transferido para uma tele consulta. Existe, ainda, a possibilidade de a tele consulta ser agendada para um momento acordado com o beneficiário. Será, também, oferecido programa de descontos em medicamentos, disponibilizado através de rede de farmácias credenciadas e lista de medicamentos com descontos com atualização periódica.

Para fins do objeto do presente Instrumento, compreende-se como atenção básica ou primária à saúde os serviços médicos para responder de forma contínua e sistematizada a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de menor complexidade, visando integrar ações preventivas e terapêuticas pelo atendimento não presencial, com o objetivo de orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os casos não compatíveis com tele atendimento e/ou de maior complexidade e gravidade para atendimentos

presenciais adequados às condições apresentadas pelo paciente, a critério do médico responsável pela tele consulta ou tele triagem.

4.1.1 ATENDIMENTO

Segurada Principal

Padrão do Serviço: acesso online a qualquer hora do dia ou da noite por meio de aplicativo Google Play e/ou APP Store.

- Através do Site: 77med.com.br

1º Acesso: Efetuar login no site ou no Aplicativo utilizando o número: Usuário: CPF (somente números) Senha: CPF (somente números).

- Através do aplicativo (baixar) aplicativo 77MED- Disponível no Google Play e Apple Store.
- Através da Central de Atendimento 0800 042 0647

4.1.2 EXCLUSÕES

Não estão cobertos por esta assistência:

- a) Consulta de especialidade médica;
- b) Psicoterapia;
- c) Atendimento pré-hospitalar;
- d) Serviço de remoção;
- e) Prescrição de medicamentos não regulamentados.

Observação: Carência de 90 dias para utilização dos benefícios informado.

4.1.3 TELEMEDICINA CHECK UP ANUAL

Serviço de Consulta Médica realizada por Clínico Geral para solicitação de exames e retorno para avaliação em até 30 dias.

Modalidade Individual: Segurada Principal.

Padrão do Serviço:

Acesso online a qualquer hora do dia ou da noite por meio de Google Play e/ou APP Store.

Serviço de Assistência:

Caso solicitado pelo médico que assistiu ao usuário, será concedido o atendimento à exames periódicos e laboratoriais em rede credenciada.

Regras da Assistência:

Funcionamento 24h x 7 dias da semana.

Carência: 90 dias a contar da efetiva adesão do beneficiário.

Limite de utilização: 1 consulta médica + retorno em até 30 dias / 1 utilização ao ano.

EXAMES PREVISTOS NA COBERTURA DE CHECK UP:

Hemograma; Glicemia de Jejum; HDL/LDL/VLDL; Triglicérides; Ureia; Creatinina; Urina I; Parasitológico (direto ou enriquecimento); U.S. Abdômen; Eletrocardiograma de Repouso.

PROCEDIMENTOS PARA O ATENDIMENTO: para acesso ao Serviço de Check-up anual, a segurada deverá acessar via site.

4.1.4 ODONTOLOGIA DE URGÊNCIA

Serviço de atendimento odontológico de urgência 24hrs por dia, unindo praticidade e agilidade.

Padrão do Serviço: Acesso online a qualquer hora do dia ou da noite por meio de Google Play e/ou APP Store.

Serviço de Assistência: Equipe de dentistas que presta atendimento imediato através do 0800, fornecendo uma orientação odontológica inicial por telefone e identificação da necessidade de tratamento.

Caso necessário, haverá o deslocamento de unidade móvel residencial. Após o atendimento é realizada a indicação de profissional credenciado mais próximo da residência do cliente.

Regras da Assistência: Funcionamento: 24h x 7 dias da semana; Limite de utilização: ilimitados procedimentos para o atendimento; Acesso online: pelo site www.77med.com.br ou através de App - 77MED.

4.2 Descrição dos Serviços: REDE DE DESCONTOS E CASH BACK

Proporcionar descontos e cashback em diversas lojas parceiras de beleza, lazer, cultura, moda, vestuário, viagens, turismo, eletrônicos, games e muito mais.

Modalidade Individual: Segurada Principal.

Padrão do Serviço: Acesso online a qualquer hora do dia ou da noite por meio de Google Play e/ou APP Store.

Serviço de Assistência: desconto em mais de 5.000 estabelecimentos comerciais no Brasil.

Cash Back: porcentagem dos valores gastos devolvida ao cliente como crédito.

Regras da Assistência: funcionamento: 24h x 7 dias da semana;

Limite de utilização: ilimitado

4.2.1 PROCEDIMENTOS PARA O ATENDIMENTO

Para ter acesso aos serviços de REDE DE DESCONTOS E CASH BACK a segurada deverá acessar, via site.

- Site: 77med.com.br

1º Acesso: Efetuar login no site ou no Aplicativo utilizando o número: Usuário: CPF (somente números) Senha: CPF (somente números).

4.3 Descrição dos Serviços: ASSISTÊNCIA APOIO EMOCIONAL

Tem o objetivo de ajudar a segurada nas situações de forte impacto emocional, tais como:

a) Doenças Crônicas: são doenças que não colocam em risco a vida da pessoa num prazo curto, logo não são emergências médicas. No entanto, elas podem ser extremamente sérias. As doenças crônicas incluem também todas as condições em que um sintoma existe continuamente, e mesmo não pondo em risco a saúde física da pessoa, são extremamente incômodas prejudicando a qualidade de vida e atividades das pessoas.

b) Dependência Química: é definida como uma doença paralela a outras doenças físicas que pode levar à um transtorno mental. Ela pode ser conceituada ainda como uma doença progressiva, incurável e potencialmente fatal, atingindo o ser humano em todas as suas áreas: física, psíquica e social. Se trata de um transtorno em que o portador desse distúrbio perde o controle do uso da substância e não consegue parar de consumir a droga, sua vida psíquica, emocional, espiritual, física vai deteriorando gravemente. Nessa situação, a maioria das pessoas precisa de tratamento e de ajuda competente e adequada.

c) Transtorno de estresse pós-traumático: ocorre em resposta a uma situação ou evento estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica pode ou não se desenvolver em uma pessoa que tenha sido exposta a um acontecimento traumático, dependendo das características que tornam a pessoa mais vulnerável ou mais resiliente à natureza do evento traumático.

4.3.1 ATENDIMENTO APOIO EMOCIONAL

A segurada deverá ligar para a Central de Atendimento pelo telefone 0800 042 0647 (segunda a sexta feira, horário comercial), fornecer as informações necessárias para sua identificação e solicitar o serviço.

4.3.1.1 Os serviços de Assistência Apoio Emocional compreendem em orientação e serão prestados através de atendimento telefônico ou por meio de indicação de profissional especializado.

4.3.1.2 O horário de atendimento da psicóloga é de segunda a sexta feira das 9h às 17h30h. A cliente será recebida por um atendente 24 horas que o identificará e o orientará quanto ao retorno ativo da psicóloga no horário de atendimento descrito acima. Prazo máximo de retorno: próximo dia útil.

4.3.1.3 A indicação da rede de psicólogos conforme necessidade do cliente/família será realizada pela psicóloga que indicará serviços de psicologia/terapia para atendimento público ou privado. Sua contratação e despesas ficarão por conta da segurada. Os profissionais privados indicados foram pré- avaliados por um especialista da Assistência. Caso a cidade ao qual a

segurada esteja não tenha disponível atendimento privado, será indicado um atendimento público mais próximo.

4.3.1.4 O Apoio Emocional é um serviço totalmente sigiloso, conforme o Código de Ética Profissional do Psicólogo. A ligação é recepcionada por uma psicóloga para entendimento da necessidade da segurada.

Com base nestas informações, se for necessário, é feita a indicação adequada de um dos profissionais previamente cadastrados na rede médica desta Assistência.

4.3.1.5 Esta Assistência é um instrumento de orientação, esclarecimento de dúvidas sobre o que fazer em determinadas situações em que haja comprometimento emocional, assim como indicar um psicólogo para casos de maior complexidade.

LIMITE UTILIZAÇÃO: 02(duas) utilizações por vigência.

4.4 IMPORTANTE

4.4.1. Os serviços aqui discriminados são INDICATIVOS, prestados exclusivamente por meio de correio eletrônico, através de respostas via formulário (Anamnese) por um profissional capacitado que enviará o programa em até 48h, posteriores ao envio do formulário preenchido pelo cliente. Não gerando à Prestadora, quaisquer responsabilidades indenizatórias ou monetárias sobre os serviços.

5. COBERTURAS

5.1 Morte Acidental – MA

5.1.1. OBJETIVO DA COBERTURA

5.1.1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte da segurada, em consequência exclusiva de acidente pessoal devidamente coberto, respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

5.1.2. DEFINIÇÕES

5.1.2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se como Acidente Pessoal a definição dada no item 5.1.2.1.1;

5.1.2.1.1. Acidente Pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte da segurada observando-se que:

Incluem-se nesse conceito:

a) O suicídio, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

- b) Os acidentes que resultem a morte da segurada, decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas a segurada ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) Os acidentes que resultem a morte da segurada, decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Os acidentes que resultem a morte da segurada, decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) Os acidentes que resultem a morte da segurada, decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 5.1.2.1.1.

5.1.3 RISCOS COBERTOS

5.1.3.1 Considera-se risco coberto a ocorrência de morte acidental da segurada, exclusivamente, causada por acidente pessoal coberto pelo seguro, desde que respeitadas as condições contratuais.

5.1.4 CAPITAL SEGURADO

5.1.4.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de indenização por morte acidental, de acordo com as condições contratuais acordadas entre a segurada e a seguradora.

5.1.4.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.1.4.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

5.1.5. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

5.1.5.1 Após o pagamento de indenização por morte acidental, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

5.1.6 LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

5.1.6.1 Para a cobertura de morte acidental, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Certidão de Óbito da segurada sinistrada (cópia autenticada);
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF da segurada sinistrada (cópia simples);
- d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc), nominal à segurada sinistrada (cópia simples);
- e) Declaração de únicos herdeiros (original);
- f) Boletim de Ocorrência Policial (cópia simples);
- g) Laudo necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML) (cópia simples);
- h) Laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar da segurada sinistrada (cópia simples);
- i) Termo de reconhecimento de cadáver (quando o caso exigir) (cópia simples);
- j) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- k) Formulário próprio PEP.

5.2 Reembolso de Despesas com Funeral – RDF

5.2.1. OBJETIVO DA COBERTURA

5.2.1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante, em caso de morte da segurada durante a vigência da cobertura, a prestação de serviços de assistência funeral ou o reembolso das despesas realizadas com o seu funeral, até o valor do capital contratado, observadas as disposições das condições contratuais e as constantes destas Condições Especiais.

5.2.2. DEFINIÇÕES

5.2.2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5.2.3. RISCOS COBERTOS

5.2.3.1. A presente cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, consiste no reembolso das despesas com o funeral do(s) segurado(s), limitado ao valor do capital segurado.

Poderá haver a substituição do reembolso estabelecido no subitem 3.1. acima, pela prestação de serviços, mediante acordo entre as partes.

5.2.3.2. Caso a opção seja pela utilização do serviço de assistência funeral, a Central de Atendimento do Serviço de Assistência deve ser acionada, onde serão aceitas ligação a cobrar, fornecendo os seguintes dados:

- a) Nome da segurada e número da apólice correspondente;
- b) O local e o número do telefone onde o serviço de assistência poderá encontrar os familiares/representantes do falecido;

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

5.2.3.2.1.1 Os familiares deverão cooperar com o Serviço de Assistência a fim de possibilitar a prestação de serviços mencionados nesta cobertura. Caso o serviço de assistência necessite do envio de documentos complementares para o cumprimento de eventuais formalidades, as referidas despesas serão custeadas pela prestadora.

5.2.3.2.2 Quando houver a opção pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, não haverá direito a qualquer reembolso das despesas.

5.2.3.2.3 Os serviços de assistência funeral consistem, exclusivamente, em:

5.2.3.2.3.1 Assessoria para as Formalidades Administrativas: O Serviço de Assistência dirigir-se-á à residência/hospital que ocorreu o óbito, para providenciar todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária do Município, tomando as devidas providências à realização do funeral, entregando à família a documentação respectiva, posicionando-a das providências realizadas. Será solicitado ainda, o acompanhamento de um membro da família, caso o Serviço de Assistência entenda ser necessário.

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

5.2.3.2.3.3 Coroa de Flores: O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma coroa de flores da época, juntamente com uma faixa de dizeres de preferência da família.

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

5.2.3.2.3.5 Mesa de Condolências: O Serviço de Assistência providenciará uma mesa onde será colocado o livro de presença.

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

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

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

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

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

5.2.3.2.3.11 O Serviço de Assistência não se responsabilizará e não arcará com despesas pela exumação dos corpos que estejam no jazigo após o sepultamento.

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

5.2.3.2.3.13 Serviço de Retorno / Repatriamento de Corpo: Em caso de falecimento da Segurada durante a viagem, o Serviço de Assistência atenderá às formalidades necessárias para o retorno / repatriamento do corpo, transportando-o em esquife standard até o Município de domicílio da Segurada.

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

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

5.2.4 EM CASO DE SINISTRO

Na ocorrência do óbito da segurada titular, devem ser entregues à prestadora de serviços, os seguintes documentos:

Em caso de morte da segurada Principal:

- a) Formulário de aviso de Sinistro;
- b) RG ou outro documento de identidade da segurada (cópia simples);
- c) CPF da Segurada (cópia simples);

d) Certidão de óbito.

5.2.5 LIMITE DE VALORES

O serviço de funeral será realizado pela prestadora de serviço até o limite do valor contratado na apólice/bilhete.

5.2.6 SERVIÇOS

Serviço de funeral será composto pelos seguintes itens mínimos: Atendimento 24horas, através do telefone 0800 042 0647.

5.2.7 PROCEDIMENTOS PARA O ATENDIMENTO

Realizado por profissionais devidamente qualificados para dar toda assistência ao funeral:

- a) Carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo da segurada desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
- b) Coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
- c) Ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;
- d) Paramentos: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, os castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
- e) Registro de óbito: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, o registro do óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;
- f) Sepultamento: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular, conforme especificado nas condições gerais do produto.
- g) Caixão: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, o pagamento das despesas relacionadas à aquisição da urna funerária, na modalidade especificada nas condições gerais do produto.
- h) Representante da prestadora de serviços: pessoa designada pela prestadora de serviço, responsável por providenciar todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária, tomando todas as medidas necessárias à realização do funeral, podendo solicitar o acompanhamento de membro da família, caso necessário.
- i) EM CASO DE FALECIMENTO EM RESIDÊNCIA FICA A FAMÍLIA RESPONSÁVEL POR PROVIDENCIAR O ATESTADO DE ÓBITO, ARCANDO PARA ISSO COM OS CUSTOS DEVIDOS.

5.2.8 CARÊNCIA

O período de carência será de 90 dias.

5.3 Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA

5.3.1 OBJETIVO DA COBERTURA

Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de indenização ao segurado, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela que integra esta condição, caso haja a perda ou impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física insuscetível de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, causada por acidente pessoal devidamente coberto nos termos deste contrato de seguro, durante a vigência da cobertura, limitada ao capital segurado estipulado para esta cobertura, e observadas as demais condições contratuais.

5.3.2 DEFINIÇÕES

5.3.2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para Acidente Pessoal a definição dada a seguir:

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

Incluem-se nesse conceito:

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

Excluem-se desse conceito:

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

- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definição do item 2.6 das Condições Gerais do seguro.

5.3.3 RISCOS COBERTOS

5.3.3.1 Em caso de acidente pessoal coberto e constatada a invalidez permanente total ou parcial da segurada, a seguradora pagará a indenização relativa à cobertura após a conclusão do tratamento, quando esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva da segurada.

5.3.3.2 A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão e por exames compatíveis com a situação, que demonstrem alterações traumáticas com o nexos causal acidental.

5.3.3.3 A seguradora reserva-se o direito de submeter a segurada a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

5.3.3.4 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

5.3.3.5 Para efeito desta Condição Especial, considera-se a seguinte tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente por acidente:

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

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

REGULAMENTO

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não-consolidada de um fêmur	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos tibios-peroneiros	25
	Fratura não-consolidada da rótula	20
	Fratura não-consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
Encurtamento de um dos membros inferiores:		
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	06
	- menos de 3 (três) centímetros	sem indenização
Perda do uso de Membros sem Perda Anatômica		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		

Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:		
	- Em grau mínimo	10
	- Em grau médio	15
	- Em grau máximo	20

5.3.3.5.1 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista nesta cobertura para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

5.3.3.5.2 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, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

5.3.3.5.3 Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física da segurada, independentemente da sua profissão.

5.3.3.5.4 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura.

5.3.3.5.5 Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à da indenização prevista para sua perda total.

5.3.3.5.6 A perda ou agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do Capital Segurado, salvo quando previamente declarado pela segurada na contratação do seguro. Nessas condições, será deduzido do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, devidamente comprovada por laudo médico atestando o grau de preexistência.

5.3.4 CAPITAL SEGUADO

5.3.4.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, observados as demais disposições destas Condições.

5.3.4.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.3.4.3 Se, depois de pagar a indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte da segurada em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado da(s) cobertura(s) por morte.

5.3.4.4 Os capitais segurados das coberturas de morte e invalidez permanente total por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

5.3.5. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

5.3.5.1 Após o pagamento de indenização por Invalidez Permanente e Total por Acidente, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

5.3.6 LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

5.3.6.1 Para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF da segurada sinistrada (cópia simples);
- c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc), nominal a segurada sinistrada (cópia simples);

- d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- e) Laudo da Perícia do INSS;
- f) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
- g) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo a segurada sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- h) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais, sequelas e respectivo déficit funcional permanente, e se a segurada está de alta médica definitiva (original);
- i) Todos os exames realizados, diagnósticos de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (cópia simples);
- j) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- k) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- l) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

5.3.7 DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

5.3.7.1 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente são de responsabilidade da própria segurada, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

5.3.7.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

5.3.7.3. Junta Médica

5.3.7.4 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas a segurada, a seguradora deverá propor a segurada, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pela segurada e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

5.3.7.5 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pela segurada e pela seguradora.

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

5.4 Condição Especial – Desemprego – D

5.4.1 OBJETIVO DA COBERTURA

O objetivo desta cobertura é garantir a segurada, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização em caso de Perda Involuntário de Emprego da Segurada com vínculo empregatício, destinada ao pagamento do valor contratado, em uma única parcela, de acordo com o valor contratado em apólice.

Para fins desta cobertura, entende-se por Perda Involuntária de Emprego a rescisão do contrato de trabalho da segurada por tempo indeterminado, regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, que não tenha sido por ele motivada, que não decorra de justa causa e que tenha por consequência a cessação do pagamento do seu salário pelo seu empregador.

Para fins desta cobertura, entende-se a impossibilidade de retornar as suas atividades CLT laborativas, em caso de Violência Doméstica, física, psicológica ou emocional, devidamente comprovada através dos documentos citados no item a, b e c, destinada ao pagamento a segurada em parcela única, de acordo com o valor contratado, mediante apresentação dos documentos obrigatórios:

- a) Boletim de Ocorrência;
- b) Laudo Médico emitido por profissional habilitado, nos casos de afastamento por violência Emocional ou Psicológica.

Para fins desta cobertura, entende-se por Violência doméstica contra a mulher “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico”.

5.4.2 ELEGIBILIDADE

Esta cobertura somente poderá ser contratada e mantida por pessoas que possuam vínculo empregatício sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), apresentando período mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos de duração do contrato de trabalho na data da contratação desta cobertura.

Estão cobertos os eventos caracterizados como Perda Involuntária de Emprego, ocorridos após o período de carência, se houver, considerado o período de franquia contratado e observadas, ainda, as seguintes condições:

- a) A demissão deve ser involuntária e sem justa causa;
- b) A Segurada deve comprovar ter sido empregado registrado, com jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, nos últimos 12 (doze) meses anteriores à data do sinistro, ininterruptamente pelo mesmo empregador ou, se por mais de um empregador, comprovar que o período de inatividade nos últimos 12 (doze) meses não foi superior ao período máximo estabelecido na Especificação da Apólice, limitado ao máximo de 15 (quinze) dias.

Não está elegível para esta cobertura Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária.

5.4.3 CARÊNCIA

Para esta cobertura haverá uma carência de, 90 (noventa) dias, a contar da data de inclusão da segurada na apólice onde, qualquer evento não estará coberto.

Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais coberto, não será estabelecido prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de adesão.

A segurada ficará obrigado ao cumprimento de nova carência de no máximo 90(noventa) dias.

5.4.4 DOCUMENTOS PARA ANÁLISE DO SINISTRO

- a) formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Seguradora;
- b) autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- c) cópia autenticada das seguintes páginas da Carteira de Trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa, e página posterior em branco;
- d) cópia autenticada do termo de rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias, em caso de desemprego involuntário;
- e) cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência da segurada;
- f) comprovante de recebimento do FGTS;

5.5 Condição Especial – Amparo Protetivo – AP

5.5.1 OBJETIVO DA COBERTURA

O objetivo desta cobertura é garantir a segurada, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização em caso de Violência Doméstica, em parcela única, de acordo com o valor contratado.

5.5.2 OBJETO DA COBERTURA

Para fins desta cobertura, entende-se por Violência doméstica contra a mulher “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico”.

Violência doméstica/intrafamiliar: Considera-se violência doméstica/intrafamiliar a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. É toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outra pessoa da família

Violência Física: Também denominada sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico. São atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras,

perfurações, mutilações, dentre outras. A violência física também ocorre no caso de ferimentos por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida) ou ferimentos por arma branca.

Violência Psicológica/Moral: É toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa.

Violência Sexual: É qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas.

Inclui também exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar.

5.5.3 DOCUMENTOS PARA ANÁLISE DE SINISTRO

- a) Medida protetiva;
- b) Boletim de Ocorrência;
- c) Laudo médico para os casos de Violência Psicológica e Emocional.

5.6 Condição Especial – Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas – DMHO

5.6.1 OBJETIVO DA COBERTURA

Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de sinistro coberto nos termos do seguro, e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente, até o limite do valor do capital contratado e observadas as demais disposições das condições contratuais.

5.6.2 DEFINIÇÕES

As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5.6.3 RISCOS COBERTOS

5.6.3.1 O reembolso das despesas médico hospitalares e odontológicas será efetuado ao próprio segurado, de acordo com os valores gastos, exclusivamente para o seu tratamento, em decorrência de acidente pessoal coberto.

5.6.3.2 Caberá à segurada a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados nas especialidades das lesões/procedimentos.

5.6.3.3 O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que existam vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

5.6.4 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente:

- a) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
- b) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.;
- d) Despesas relacionadas a estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhante;
- e) Despesas com aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

5.6.5 CAPITAL SEGUADO

5.6.5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas decorrentes de acidente.

5.6.5.2 O capital segurado desta cobertura é fixo e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.6.5.3 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do Acidente Pessoal.

5.6.6 LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

5.6.6.1 Para a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de acidente (DMHO), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- e) Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
- f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- g) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
- h) Resultado dos exames médicos realizados que caracterizem as lesões decorrente exclusivamente do trauma documentado (cópia simples);
- i) Atendimento médico hospitalar do atendimento ao segurado constando o diagnóstico e conduta médica (cópia simples);
- j) Comprovantes originais das despesas com honorários médicos, hospitais, clínicas e de aquisição de medicamentos, devidamente acompanhados das receitas médicas (originais);
- k) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- l) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- m) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado;

5.6.6.2 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exames para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda de direitos em relação à cobertura concedida sob estas Condições Especiais, em caso de recusa;

5.6.6.3 Reconhecida a ocorrência de sinistro coberto, a indenização será paga de uma só vez, observadas as despesas realizadas e o capital segurado contratado;

5.6.6.4 A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

6. RISCOS EXCLUÍDOS A TODAS AS COBERTURAS

6.1 Estão excluídos de todas as coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

REGULAMENTO

- a) Uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, fissão ou fusão nuclear, radiação nuclear, lixo nuclear decorrente do uso de combustível nuclear, explosivos nucleares ou qualquer arma nuclear, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, definidas como de conhecimento da segurada e não declaradas na proposta de adesão individual;
- d) Endemias, epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- e) Doação e transplante intervivos;
- f) Suicídio, ou da sua tentativa, ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso. Em caso de aumento de capital segurado durante o curso do contrato, a carência para suicídio é contada somente para a parcela aumentada;
- g) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, inclusive nos casos de tentativa de suicídio ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- h) Atos ilícitos dolosos praticados pela segurada, pelo beneficiário.
- i) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico;
- j) Competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios; j.1) Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que a Segurada estiver no exercício legal de prática de esportes, ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;
- k) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- l) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo quando a morte ou a incapacidade da segurada provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- m) Quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pela Segurada, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro; e
- n) Da Segurada dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

REGULAMENTO

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

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

q) Lucros cessantes/perdas e danos/danos emergente resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais da Segurada em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável.

Não se consideram Riscos Excluídos os eventos decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado para os casos em que a Segurada estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pela Segurada, situação em que este perderá o direito à garantia do seguro, conforme disposto no artigo 768 do Código Civil.

Agosto/2025