

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL

1 OBJETIVO

Garantir uma indenização ao(s) Beneficiário(s), na ocorrência de morte do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto, conforme definido no subitem 2.1 das Condições Gerais.

2 CAPITAL SEGURADO

Será o valor máximo contratado para este seguro, e será definido nas Condições Contratuais.

3 RISCOS COBERTOS

Além dos riscos definidos no subitem 2.1 das Condições Gerais, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) suicídio, ou as sequelas de sua tentativa, desde que não ocorra nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir do início de vigência individual ;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k) queda n'água ou afogamento.

4 RISCOS EXCLUIDOS

4.1 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares 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

b) 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 subitem 2.1.

c) de atos ilícitos ou contrários à lei;

d) acidente vascular cerebral.

5 OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

5.1 Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro",

em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

5.1.1 A comunicação, na forma deste item, não exonera o Beneficiário ou seu representante da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras (original); Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso, ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia simples);
- Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de

Exame Cadavérico do IML (cópia simples);

- Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico, desde que o segurado figure como condutor do veículo. Este documento é dispensável caso conste no Boletim de Ocorrência Policial a identificação do condutor e os dados da CNH (cópia simples);

- CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho "para o caso de acidente na empresa" (cópia simples);
- Laudo Cadavérico do IML, quando houver (cópia simples);
- Certidão de óbito (cópia autenticada);
- Certidão de casamento (atualizada pós óbito) e se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou

separação (cópia simples);

- Comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência (cópia simples);

- RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
- Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante

(cópia simples);

6 COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

6.1 O Beneficiário, para recebimento do Capital Segurado Individual, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

6.2 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do

Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

6.3 A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

6.4 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. OBJETIVO

Garantir uma Renda Mensal Temporária ao Segurado que, por motivo de doença ou acidente pessoal coberto, ficar impossibilitado de forma contínua e ininterrupta de exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico excluídos os casos constantes no item 3 desta condição especial e, observadas as Condições Gerais e Contratuais do Seguro.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 É o valor máximo para a garantia contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro e será definido nas Condições Contratuais.

2.2 A indenização consiste no pagamento de uma renda Mensal Temporária ao Segurado, durante o período de efetivo afastamento limitado ao período indenitário contratado.

a) Quando o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias, a Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora, para os meses completos e o valor proporcional da Renda Mensal Temporária para os meses incompletos, tomando-se por base o período de incapacidade do Segurado definido por relatório e atestado médico atualizado que deverá ser entregue mensalmente;

b) Quando o período de incapacidade não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor proporcional da Renda Mensal Temporária contratada correspondente ao período de incapacidade do Segurado, a contar do término do período de franquia, conforme item 6, até a alta médica, limitada pelo período contratado..

2. O valor do Capital Segurado contratado para a garantia de renda temporária por incapacidade será devido a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

Acidentes pessoais e doenças que tornem o segurado incapaz de exercer sua profissão ou ocupação.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. O Seguro se destina a cobrir a invalidez de caráter agudo e temporário, ou seja, a incapacidade decorrente de uma mesma causa. Assim, estão expressamente excluídas da garantia do Seguro as incapacidades resultantes, direta ou indiretamente, de:

- a) doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à contratação deste Seguro, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- b) doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado;
- c) doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído “burnout” e depressão, independente das suas causas;
- d) doenças crônicas-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;
- e) tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;
- f) cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;
- g) cirurgia plásticas não reparadoras e nem decorrentes de acidentes sofridos durante a vigência do Seguro;
- h) figromialgias;
- i) doença Miofascial;
- j) tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;
- k) tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);
- l) todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;
- m) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos a pós-operatórios de cirurgia de varizes e hemorroidas;
- n) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
- o) tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento ainda não reconhecidos pelo Serviço nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- p) tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;
- q) tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;
- r) tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abração química cirúrgica e suas consequências;
- s) complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos;
- t) epidemias declaradas por órgão competente;
- u) atos ilícitos ou contrários a lei.

5 CARÊNCIA

5.1 O período de carência, quando previsto e estabelecido no Contrato de Seguro, será contado a partir de início de vigência da cobertura individual;

5.2 Durante o período de carência, o Segurado não terá direito à garantia do Seguro;

5.3 Não haverá carência para acidentes pessoais, desde que ocorridos durante a vigência da cobertura individual;

5.4 Caso o grupo segurado seja transferido de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência par os segurados já incluídos no Seguro pela Apólice anterior;

5.5 O pagamento antecipado do(s) prêmio(s) não elimina nem reduz o prazo de carência;

6 FRANQUIA

6.1 A franquia será de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, ou conforme determinado nas Condições Contratuais, se inferior, contados a partir da data do afastamento da atividade laboral remunerada do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento das rendas para qualquer outro evento subsequente.

6.2 Os pagamentos da Renda por Incapacidade Temporária serão devidos a partir do primeiro dia após o término do prazo acordado como franquia, e ficam limitados por evento, até o prazo máximo determinado nas Condições Contratuais.

6.3 O Segurado não terá direito à garantia se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

7. LIMITE DE RENDAS

7.1 O limite de rendas por evento constará das Condições Contratuais.

7.2 As diárias não utilizadas no evento anterior não são cumulativas pra os próximos eventos.

7.3 Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o período indenitário contratado.

7.4 Respeitadas as limitações contratuais, em caso de incapacidade contínua, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária durante o período de efetivo afastamento do Segurado da sua atividade principal declarada na Proposta de Adesão, limitando ao período indenizável contratado e especificado na Apólice e no Certificado Individual.

7.5 A contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.

8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

8.1 Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, constando data, hora, local e causa do acidente, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

8.2 A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado ou seu representante da obrigação os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras (original);
- Prontuário médico comprovando a incapacidade temporária (cópia simples);
- Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso, ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia simples);
- Exames complementares realizados (cópia simples);
- Documento comprobatório da invalidez, expedido pelo órgão oficial da previdência, (original);
- Comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" (conta de telefone, de água, de luz, etc.),

nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante em nome do Segurado, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência com informações do Segurado (cópia simples);

- RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
- Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de

Exame Cadavérico do IML (cópia simples);

- Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico, desde que o segurado figure como condutor do veículo. Este documento é dispensável caso conste no Boletim de Ocorrência Policial a identificação do condutor e os dados da CNH (cópia simples);

- Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);

- Comprovante Bancário "espelho extrato ou comprovante de depósito bancário" (cópia simples);

8.3 Existindo divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, será proposto ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

8.3.1 A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

8.3 Comprovada a incapacidade e o direito à garantia, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária contratada, devidamente comprovado na data do evento, de acordo com o período de incapacidade atestada por relatório médico.

a) Quando o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias, a Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base o período de incapacidade do Segurado definido por relatório e atestado médico atualizado que deverá ser entregue mensalmente;

b) Quando o período de incapacidade não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor proporcional da Renda Mensal Temporária contratada correspondente ao período de incapacidade do Segurado, a contar do término do período de franquia, conforme item 6.2, até a alta médica;

8.4 Se, durante o período de incapacidade, o Segurado vier a falecer, cessará o direito à garantia. Neste caso, os beneficiários do Segurado, definidos de acordo com a legislação em vigor, receberão a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, correspondente ao período em que, em vida, o Segurado permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal declarada na Proposta de Adesão.

8.5 Se o Segurado vier a se aposentar por tempo de serviço, no decorrer do seu período de incapacidade, considera-se extinto o interesse segurado (renda) e por consequência o direito a receber o benefício. Neste caso, o Segurado receberá a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, correspondente ao período em que o mesmo permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal declarada na Proposta de Adesão.

a) A aposentadoria vinculada à invalidez originária do evento não prejudica o pagamento do benefício.

8.6 A Renda Mensal Temporária será devida do dia subsequente ao término da franquia até a alta médica ou, em caso de falecimento do Segurado, até a data do óbito.

8.7 A Renda Mensal Temporária, para o mesmo ciclo de vigência anual da cobertura individual, em hipótese alguma será devida além do período indenizável contratado para a garantia.

9 BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta Garantia será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. O direito a esta garantia cessará com o falecimento do segurado, neste caso os beneficiários do Segurado, receberão a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, correspondente ao período em que, em vida, o Segurado permaneceu incapaz de exercer sua atividade declarada na Proposta de Adesão.