

Apólice de Seguro de Acidentes Pessoais

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO MODULAR

Grupo/Ramo: 09/82	Contrato n° 383719	Apólice n° 1098200002732/1	
Proposta N° 420230607173149	Início da vigência 24hs do dia 01/05/2023	Fim da vigência 24hs do dia 30/04/2024	Data de emissão 20/06/2023
Apólice anterior renovada	Pró-labore 0%	Excedente técnico NÃO	Cosseguro NÃO

Dados do estipulante

Nome/razão social: INSTITUTO SOCIAL DAS MEDIANEIRAS DA PAZ	
CNPJ: 10.739.225/0022-42	Telefone:
Endereço completo: R CRUZ ALTA, 1, QUADRA26	
Bairro: BARRA DE JANGADA	Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES
CEP:	UF: PE

Código e descrição da atividade econômica principal

86.10-1 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

Dados do Corretor

Nome/razão social: LIDERANCA CORRETORA DE SEGUROS LTDA.	CNPJ: 35.683.960/0001-88	Código Susep: 202064149
---	------------------------------------	-----------------------------------

Pagamento de prêmio

Forma de pagamento Ficha de Compensação - Itaú Com IOF - 148	Periodicidade Mensal	Nº de parcelas 0	Vencimento todo dia 25
--	--------------------------------	----------------------------	----------------------------------

Observações

1. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. As coberturas e os capitais segurados estão descritos nas condições contratuais do seguro.
 2. A seguradora, tendo em vista as declarações constantes da proposta que lhe foi apresentada pelo estipulante, obriga-se a indenizar, nos termos e sob as condições gerais, especiais e/ou particulares convencionadas, as consequências dos eventos discriminados nas condições contratuais.
 3. Para outras informações sobre o produto vinculado a esta apólice, acesse <http://www.susep.gov.br/menu/consultade-produtos-1e> informe o número do processo Susep*. Em caso de dúvidas relacionadas a normas e regulação, entre em contato com o atendimento Susep, pelo telefone gratuito 0800 021 8484.
 4. As condições gerais deste produto protocolizadas pela seguradora junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante do certificado/apólice/proposta.
 5. O registro deste plano na Susep não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
 6. O segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na Susep, nome completo, CNPJ ou CPF.
- *Susep - Superintendência de Seguros Privados: autarquia federal responsável pela fiscalização, normatização e pelo controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.

Patricia Freitas
Presidente & CEOFelipe Votto
Vice-Presidente Operações & COO**Central de Atendimento****0800 730 0011**Segunda a sexta-feira, das 8h às 20h,
exceto feriados.
(Assistência Funeral - 24h)**(+55 11) 4133 6910**Atendimento no exterior
(Assistência Funeral - 24h)**SAC****Serviço de Atendimento ao Cliente****0800 730 0012**

Atendimento 24 horas

0800 730 0013Em caso de deficiência auditiva ou de
fala Atendimento 24 horas**Ouvidoria Prudential****Vida em Grupo****0800 200 1020**(Segunda a sexta-feira, das 8h30 às 17h30
exceto feriados.)

Condições contratuais

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO MODULAR

Proposta nº 420230607173149	Grupo/Ramo: 09/82	Início da vigência 24hs do dia 01/05/2023	Fim da vigência 24hs do dia 30/04/2024
---------------------------------------	-----------------------------	---	--

Condições do Seguro - ENFERMEIROS

Grupo segurável

O grupo segurável será constituído por **Afastados, Aposentados Ativos, Ativos, Estagiários, Funcionários, Sócios, Terceiros**, desde que comprovado o vínculo com o estipulante e que preencham os requisitos de elegibilidade.

Os afastados estão cobertos, conforme cláusula Grupo Segurado, descrita nesta proposta.

Tipo de Adesão

Compulsória: 100% do grupo segurado.

A inclusão dos componentes no grupo segurável é feita de forma automática e todos os funcionários farão parte do grupo.

Dependentes

Não há dependentes na cobertura.

Tipo de capital segurado

Uniforme

O capital será o mesmo para todos os segurados: **R\$20.000,00**.

Limite de Idade

Na implantação, será de 75 anos. Para novas inclusões durante a vigência, o limite de idade será de 70 anos. Acima desse limite, as novas inclusões poderão ser analisadas mediante a apresentação da DPS – Declaração Pessoal de Saúde – e novos cálculos serão embasados, podendo haver acréscimo de prêmio e alterações de condições.

Tipo de custeio

Não Contributário

O seguro não é contributário, isto é, os prêmios serão pagos integralmente pelo estipulante.

Cobertura(s)	Percentual	Capitais/Limites	Taxas
Morte Acidental	100.00	R\$ 20.000,00	0.114356
Invalidez Permanente Total ou Parcial - Acidente ATÉ	100.00	R\$ 20.000,00	0.044144

Observação

A **taxa média mensal** é a soma do resultado da ponderação das taxas por garantia e seus percentuais. Sua correta aplicação, exceto a garantia de Diária por Incapacidade Temporária, quando contratada, totalizará a taxa média acordada de **0.158500** (por mil). A referida taxa contempla o IOF de **0.38%**.

Assistências

Descrição da(s) assistência(s)	Valor /quantidade
Assistência Funeral Titular	R\$ 5.000,00

Condições contratuais

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO MODULAR

Proposta n° 420230607173149	Grupo/Ramo: 09/82	Início da vigência 24hs do dia 01/05/2023	Fim da vigência 24hs do dia 30/04/2024
---------------------------------------	-----------------------------	---	--

Condições do Seguro - MEDICOS

Grupo segurável

O grupo segurável será constituído por **Afastados, Aposentados Ativos, Ativos, Estagiários, Funcionários, Sócios, Terceiros**, desde que comprovado o vínculo com o estipulante e que preencham os requisitos de elegibilidade.

Os afastados estão cobertos, conforme cláusula Grupo Segurado, descrita nesta proposta.

Tipo de Adesão

Compulsória: 100% do grupo segurado.

A inclusão dos componentes no grupo segurável é feita de forma automática e todos os funcionários farão parte do grupo.

Dependentes

Não há dependentes na cobertura.

Tipo de capital segurado

Uniforme

O capital será o mesmo para todos os segurados: **R\$80.000,00**.

Limite de Idade

Na implantação, será de 70 anos. Para novas inclusões durante a vigência, o limite de idade será de 70 anos. Acima desse limite, as novas inclusões poderão ser analisadas mediante a apresentação da DPS – Declaração Pessoal de Saúde – e novos cálculos serão embasados, podendo haver acréscimo de prêmio e alterações de condições.

Tipo de custeio

Não Contributário

O seguro não é contributário, isto é, os prêmios serão pagos integralmente pelo estipulante.

Cobertura(s)	Percentual	Capitais/Limites	Taxas
Morte Acidental	100.00	R\$ 80.000,00	0.171358
Invalidez Permanente Total ou Parcial - Acidente ATÉ	100.00	R\$ 80.000,00	0.098017
Diária Por Incapacidade Temporária - Acidente/Doenç	Ver a seguir	R\$ Ver a seguir	Ver a seguir

Observação

A **taxa média mensal** é a soma do resultado da ponderação das taxas por garantia e seus percentuais. Sua correta aplicação, exceto a garantia de Diária por Incapacidade Temporária, quando contratada, totalizará a taxa média acordada de **0.269375** (por mil). A referida taxa contempla o IOF de **0.38%**.

Diária de Incapacidade Temporária

Conforme previsto nas condições especiais, o número de diárias amparadas para o segurado titular corresponde a 30 diárias, por evento, limitado a 4.000,00.

Franquia e carência para a cobertura especial de Diária de Incapacidade Temporária

Franquia: 15 dias

Carência: Não há

Diária de Incapacidade Temporária

Conforme previsto nas condições especiais, o número de diárias amparadas para o segurado titular corresponde a 30 diárias, por evento, limitado a 4.000,00.

Franquia e carência para a cobertura especial de Diária de Incapacidade Temporária

Franquia: 15 dias

Carência: Não há

Condições contratuais

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO MODULAR

Proposta n° 420230607173149	Grupo/Ramo: 09/82	Início da vigência 24hs do dia 01/05/2023	Fim da vigência 24hs do dia 30/04/2024
---------------------------------------	-----------------------------	---	--

Assistências

Descrição da(s) assistência(s)	Valor /quantidade
Assistência Funeral Titular	R\$ 5.000,00

Condições contratuais

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO MODULAR

Proposta n° 420230607173149	Grupo/Ramo: 09/82	Início da vigência 24hs do dia 01/05/2023	Fim da vigência 24hs do dia 30/04/2024
---------------------------------------	-----------------------------	---	--

Condições do Seguro - RADIOLOGISTAS

Grupo segurável

O grupo segurável será constituído por **Afastados, Aposentados Ativos, Ativos, Estagiários, Funcionários, Sócios, Terceiros**, desde que comprovado o vínculo com o estipulante e que preencham os requisitos de elegibilidade.

Os afastados estão cobertos, conforme cláusula Grupo Segurado, descrita nesta proposta.

Tipo de Adesão

Compulsória: 100% do grupo segurado.

A inclusão dos componentes no grupo segurável é feita de forma automática e todos os funcionários farão parte do grupo.

Dependentes

Não há dependentes na cobertura.

Tipo de capital segurado

Uniforme

O capital será o mesmo para todos os segurados: R\$140.000,00.

Limite de Idade

Na implantação, será de 75 anos. Para novas inclusões durante a vigência, o limite de idade será de 70 anos. Acima desse limite, as novas inclusões poderão ser analisadas mediante a apresentação da DPS – Declaração Pessoal de Saúde – e novos cálculos serão embasados, podendo haver acréscimo de prêmio e alterações de condições.

Tipo de custeio

Não Contributário

O seguro não é contributário, isto é, os prêmios serão pagos integralmente pelo estipulante.

Cobertura(s)	Percentual	Capitais/Limites	Taxas
Morte Acidental	100.00	R\$ 140.000,00	0.102451
Invalidez Permanente Total ou Parcial - Acidente ATÉ	100.00	R\$ 140.000,00	0.039549

Observação

A **taxa média mensal** é a soma do resultado da ponderação das taxas por garantia e seus percentuais. Sua correta aplicação, exceto a garantia de Diária por Incapacidade Temporária, quando contratada, totalizará a taxa média acordada de **0.142000** (por mil). A referida taxa contempla o IOF de **0.38%**.

Assistências

Descrição da(s) assistência(s)	Valor /quantidade
Assistência Funeral Titular	R\$ 5.000,00

Grupo segurável

O grupo segurável será constituído por **Afastados, Aposentados Ativos, Ativos, Estagiários, Funcionários, Sócios, Terceiros**, desde que comprovado o vínculo com o estipulante e que preencham os requisitos de elegibilidade. Os aposentados por tempo de serviço, que continuem em plena atividade profissional a serviço do estipulante, são considerados segurados ativos, portanto possuem cobertura securitária.

Âmbito Territorial das Coberturas

O Âmbito Territorial das Coberturas estará descrito nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

Vigência e Renovação

A presente apólice terá início de vigência a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia **01/05/2023** e fim de vigência nas 24 (vinte e quatro) horas do dia **30/04/2024**, podendo ser renovada automaticamente uma única vez caso não haja expressa desistência do estipulante ou da seguradora até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência. A seguradora tem o direito de não renovar a apólice na data de vencimento, conforme estabelecido nas condições gerais do seguro.

Condições de aceitação e manutenção no grupo segurado

Todo componente constante no grupo segurável deverá preencher a proposta de adesão com a indicação de beneficiários.

Para novas inclusões no seguro, todo componente do grupo segurável deverá preencher e assinar a proposta de adesão contendo a declaração pessoal de saúde.

O estipulante deverá manter as propostas de adesão em arquivo e disponibilizá-las à seguradora sempre que solicitado e em caso de sinistro.

As propostas de adesão devidamente preenchidas que não tiverem nenhum apontamento na declaração pessoal de saúde e atividade ficarão no dossiê do funcionário e serão utilizadas para designação de beneficiários em caso de eventual sinistro.

A seguradora terá 15 (quinze) dias para se manifestar quanto à aceitação do proponente na apólice. Caso a seguradora não se manifeste neste prazo, será considerado como aceito o risco individual do proponente.

O simples recebimento da proposta de adesão e/ou da primeira parcela do prêmio não implica contratação/aceitação do seguro e, caso a proposta de adesão não seja aceita, durante o período em que a seguradora analisar o risco vigorará a cobertura provisória com o devido pagamento do prêmio proporcional.

Os aposentados por idade ou tempo de serviço que continuem em plena atividade profissional a serviço do estipulante são considerados segurados ativos; portanto, possuem cobertura securitária.

Se, em algum momento, for constatada a presença de segurados em desacordo com as condições contratadas, por exemplo: demitidos, afastados, aposentados, ou indenizados por invalidez funcional permanente por doença (IFPD), quando não prevista expressamente a manutenção na apólice, a seguradora providenciará a exclusão imediata do segurado e a devolução dos prêmios pagos, com a devida atualização monetária, a partir da data do recebimento indevido do prêmio, e estará isenta do pagamento de quaisquer indenizações (inclusive sinistro).

Os segurados atualmente afastados e/ou aposentados por invalidez que ainda mantenham o vínculo com o estipulante e que não receberam indenização da

cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD), aceitos pela seguradora, bem como os que se afastarem na vigência da apólice, estarão cobertos desde que estejam informados na relação de segurados e que o estipulante repasse o valor referente ao prêmio de seguro desse participante à seguradora.

Os segurados que se aposentarem por idade ou tempo de serviço durante a vigência do seguro e que perderem o vínculo com o estipulante estarão automaticamente excluídos do grupo segurado. A presente apólice não prevê a aceitação de segurados aposentados.

Subestipulante

Toda e qualquer informação a respeito do(s) subestipulante(s) será de responsabilidade do estipulante. Os subestipulantes, se houver, estarão relacionados no item Anexos.

Franquias e carências

Eventos decorrentes de acidente pessoal: não há carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação ou de adesão ao seguro. Outras carências e franquias, se houver, estão previstas nos Módulos.

Faturamento

O estipulante deverá encaminhar à seguradora, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao do risco, em arquivos eletrônicos mensais, em layout específico da seguradora, os seguintes dados do grupo segurado:

- | | | |
|----------------------|--------------------|---------------------------------------|
| - Matrícula | - Sexo | - Data de inclusão no seguro |
| - Nome completo | - CPF | - Salário total e/ou capital segurado |
| - Data de nascimento | - Data de admissão | - Prêmio do seguro |

O não cumprimento da obrigatoriedade do envio das informações para o 1º (primeiro) faturamento em até 90 (noventa) dias do início de vigência implicará o cancelamento da apólice, isentando, assim, a seguradora da responsabilidade de efetuar qualquer indenização.

Todos os segurados, novas inclusões e exclusões deverão constar do arquivo enviado mensalmente, inclusive os aposentados e afastados devidamente cobertos, com os capitais e prêmios atualizados de acordo com o início de cobertura. Esse arquivo caracterizará a cobertura e a posição mensal do seguro de cada segurado para efeito de indenização em caso de eventual sinistro ocorrido no mês da cobertura a que se referir o respectivo arquivo mensal, bem como para efeito de cobrança de prêmios.

Decorrido o referido prazo, sem que o estipulante tenha encaminhado o arquivo, a fatura mensal será emitida com base no último arquivo recebido pela seguradora, ou seja, sem alterações.

O não envio do arquivo ou qualquer incorreção é de única e exclusiva responsabilidade do estipulante.

Índices de adesão e manutenção da apólice

Nos seguros compulsórios, o índice mínimo para adesão e manutenção da apólice será de 100% (cem por cento) do grupo segurável. **Caso se verifique quantidade inferior a essa, a apólice poderá ser cancelada, a critério da seguradora, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias.**

Prêmio do seguro

O prêmio do seguro é calculado com base nas taxas contratadas na apólice.

Para garantir o direito à cobertura dos segurados, o estipulante deverá efetuar o pagamento ou repasse do prêmio do seguro até a data de vencimento, que não poderá ultrapassar 30 (trinta) dias da data de emissão do faturamento.

Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela mensal não quita o débito se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

Pagamento de sinistro

O pagamento de qualquer indenização de sinistro, de acordo com o Sistema de Pagamento Brasileiro (SPB), instituído pelo Banco Central do Brasil, ocorrerá mediante crédito em conta-corrente, que deverá ser indicada pelo segurado ou beneficiário e implicará a plena quitação da indenização. No caso de o segurado ou beneficiário não possuir conta-corrente, será indicada outra forma de pagamento.

No caso de sinistro em que o segurado tenha sido incluído ou mantido indevidamente na apólice, a responsabilidade da seguradora fica limitada à devolução dos prêmios pagos correspondentes à cobertura desse seguro.

Ocorrendo sinistro com segurado cujo capital conste com valor superior ao limite máximo em vigor na apólice ou não corresponda ao capital contratado, conforme condições da apólice, na data do evento, a responsabilidade da seguradora fica limitada ao capital máximo e ao capital contratado e à devolução da diferença dos prêmios pagos.

Não será considerada, para efeito de cálculo do valor da indenização, qualquer diferença relativa à adoção de critérios de aumento salarial divergente do que fora previamente pactuado no contrato. Uma vez constatada tal situação, será providenciada a imediata devolução acumulada das diferenças de prêmios pagos indevidamente.

Beneficiários

A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, salvo as indicações não previstas e não cobertas pela legislação civil.

O segurado poderá, por meio de solicitação formal preenchida e assinada, fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito. O documento com a indicação do(s) beneficiário(s) ficará sob a guarda e responsabilidade do estipulante, devendo ser enviada à Seguradora em caso de sinistro ou sempre que esta solicitar, no prazo de até 72 horas, sob pena de ressarcir à seguradora por eventuais prejuízos causados pela não exibição do documento original ou pelo envio do documento desatualizado.

Para efeito de regulação de sinistro, caso o estipulante não envie o formulário com a indicação de beneficiário(s), ou se não houver indicação desse(s), ou ainda, se por qualquer motivo não prevalecer designação feita, o capital segurado será pago de acordo com o que determinar a legislação em vigor à época do sinistro.

Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um. Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.

Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado titular e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, titular e dependentes, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, conforme legislação vigente.

O beneficiário do segurado dependente será sempre o segurado titular.

Caso haja particularidades em relação aos beneficiários de alguma cobertura, elas estarão descritas nas condições especiais da cobertura.

Inadimplência e cancelamento da apólice

O não pagamento do prêmio após a data do vencimento constitui o segurado ou o estipulante em mora, de acordo com o caso, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

Durante o período de tolerância do seguro, ou seja, em 60 (sessenta) dias corridos a contar da data do vencimento da primeira fatura não paga ou da primeira parcela do prêmio não pago, conforme o caso, o segurado e/ou o estipulante deverá providenciar a regularização do pagamento do(s) prêmio(s) ou da(s) fatura(s) em aberto, para que não ocorra o cancelamento da apólice.

Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de tolerância, mediante cobrança do prêmio devido.

O seguro ficará automaticamente cancelado na hipótese de qualquer fatura referente ao prêmio do seguro não ser paga em até 60 (sessenta) dias corridos a contar do seu primeiro vencimento.

O seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações desde a data do efetivo cancelamento, não cabendo qualquer indenização (sinistro) ou a restituição de quaisquer prêmios anteriormente pagos, independentemente da interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

A apólice poderá também ser cancelada a qualquer época, por mútuo e expresso consenso entre o estipulante e a seguradora, desde que haja anuência prévia e expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, ou no vencimento da apólice, observado o disposto nas condições gerais.

Alteração

Nenhuma alteração desta apólice será válida se não for feita por meio de aditamentos ou endossos emitidos pela seguradora.

Qualquer modificação na apólice em vigor que implique ônus ou dever para os segurados, ou redução de seus direitos, dependerá de anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

Pró-labore

Não há.

Disposições finais

O pagamento do capital segurado para a cobertura especial de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, caso contratada, será proporcional ao grau de invalidez apurado em perícia médica, tendo como parâmetro a tabela de invalidez

da Susep, limitada ao percentual definido na cobertura. Em nenhuma hipótese será considerado o laudo do INSS e DPVAT para apuração desta cobertura.

A cobertura para menores de 14 (quatorze) anos é limitada a reembolso de despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das notas fiscais originais especificadas.

Ratificação

Ratificam-se as condições gerais e especiais do seguro de acidentes pessoais modular, desde que não alteradas por este instrumento.

Observações complementares

Radiologistas e Enfermeiros Estão dispensados do preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde, o grupo de segurados informados na cotação e novos proponentes com idade inferior ou igual a 75 anos.

Médicos Estão dispensados do preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde, o grupo de segurados informados na cotação e novos proponentes com idade inferior ou igual a 65 anos.

Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada via aditivo à apólice. Além da Ouvidoria Prudential, o segurado poderá registrar reclamações no site www.consumidor.gov.br

Anexos

Fazem parte integrante e inseparável os anexos a seguir:

- Condições Especiais
- Condições Gerais
- Serviços
- Relação dos Subestipulantes
- Relação dos Segurados Afastados

Dados(s) dos(s) subestipulantes(s)

Nrº	Nome/razão social	CNPJ
1	INSTITUTO SOCIAL DAS MEDIANEIRAS DA PAZ	10.739.225/0022-42

Endereço completo

R CRUZ ALTA, Nº 1- QUADRA26
BARRA DE JANGADA - JABOATAO DOS GUARARAPES - PE
CEP

Condições Gerais**SEGURO DE PESSOAS COLETIVO****1. Objetivo do seguro**

- 1.1. Este seguro tem por objetivo garantir a indenização ao segurado ou a seu(s) beneficiário(s) na ocorrência de eventos previstos nas coberturas contratadas, durante o período de vigência da apólice/certificado individual, exceto se decorrente de riscos excluídos, respeitando-se os itens destas condições gerais e especiais.
- 1.2. A contratação do seguro é opcional ao estipulante, e o segurado poderá cancelar seu seguro, caso facultativo, a qualquer tempo com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.
- 1.3. Os produtos comercializados pela Prudential do Brasil Vida em Grupo S.A. são seguros de pessoas personalizados e de contratação coletiva. Sendo assim, tais produtos não se caracterizam como plano de previdência privada, aposentadoria ou investimento e não têm como objetivo proporcionar ganhos financeiros ao segurado ou seu(s) beneficiário(s).
- 1.4. A aceitação da proposta estará sujeita à análise de risco pela seguradora.

2. Eventos cobertos

- 2.1. Para fins deste seguro, consideram-se eventos cobertos aqueles definidos nas condições especiais, que constituem parte integrante e inseparável destas condições contratuais.

3. Coberturas

- 3.1. As coberturas a seguir poderão ser contratadas conforme determinação do estipulante, respeitadas as conjugações de planos disponibilizados pela seguradora. Nas contratações de seguros facultativas aos segurados, estes poderão escolher a contratação de coberturas já previamente determinadas pelo estipulante.
- 3.2. A descrição das coberturas deste seguro consta ao final do documento, nas condições especiais. Conforme as conjugações disponibilizadas pela seguradora, qualquer cobertura poderá ser contratada como uma cobertura básica (principal), enquanto todas as demais coberturas, se contratadas, serão consideradas coberturas adicionais.

1. Morte – M
2. Morte Acidental – MA
3. Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente – IPA
4. Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
5. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD
6. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente – DMHO
7. Diárias de Incapacidade Física Temporária – DIT
8. Diárias de Incapacidade Física Temporária por Acidente – DITA
9. Diárias de Internação Hospitalar – DIH
10. Diárias de Internação Hospitalar por Acidente – DIHA
11. Quebra de Ossos – QO
12. Cobertura Cirúrgica – CC
13. Doenças Congênitas de Filhos – DCF
14. Auxílio Cesta Básica – ACB
15. Auxílio Financeiro Imediato – AFI
16. Rescisão Trabalhista – RT
17. Cobertura de Assistência Funeral – Reembolso
18. Cobertura de Assistência Funeral – AF
- 18.1. Cobertura de Assistência Funeral – Individual
- 18.2. Cobertura de Assistência Funeral – segurado e Companheiro(a)
- 18.3. Cobertura de Assistência Funeral – segurado, Companheiro(a) e Filhos
- 18.4. Cobertura de Assistência Funeral – segurado, Companheiro(a), Filhos
19. Indenização Especial para Filhos – IEF
20. Doenças Graves – DG
21. Câncer
22. Infarto agudo do miocárdio
23. Acidente vascular cerebral
24. Insuficiência renal

25. Transplante de órgão vital
26. Cegueira – 80% ou mais
27. Alzheimer
28. Esclerose múltipla
29. Parkinson
30. Cirurgia de enxerto de bypass da artéria coronária
31. Paralisia de membros
32. Cirurgia cardíaca valvular
33. Cirurgia da aorta
34. Surdez
35. Queimaduras de terceiro grau
36. Cobertura para Filhos Póstumos
37. Cobertura Adaptação de Residência e/ou Veículo
38. Cláusulas suplementares
 - 38.1. Inclusão automática de cônjuge
 - 38.2. Inclusão automática de filhos
 - 38.3. Inclusão facultativa de cônjuge

3.3. O conjunto de Coberturas contratadas pelo estipulante será concedido para todo o grupo segurado de um mesmo plano de seguro, respeitando-se as condições de elegibilidade de cada segurado e facultatividade de contratação, conforme o caso.

3.4. Cumulação de Coberturas:

- 3.4.1 Cobertura por Morte e Morte Acidental, quando contratadas em conjunto, serão cumulativas.
- 3.4.2 Cobertura por Morte/Morte Acidental e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (“IFPD”), quando contratadas em conjunto, não serão cumulativas.
- 3.4.3 Cobertura por Morte Acidental e Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente (“IPA”), quando contratadas em conjunto, não serão cumulativas.
- 3.4.4 Cobertura por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente (“IPTA”), quando contratadas em conjunto, não serão cumulativas.
- 3.4.5 Cobertura por Morte e qualquer diagnóstico de doenças graves ou intervenções cirúrgicas, quando contratadas em conjunto, serão cumulativas.
- 3.4.6 Cobertura por Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (“DMHO”), Diárias de Incapacidade Física Temporária (“DIT”) e/ou Diárias de Internação Hospitalar (“DIH”), quando contratadas em conjunto, serão cumulativas.
- 3.4.7 Cobertura por Doenças Graves e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (“IFPD”), quando contratadas em conjunto, não serão cumulativas.
- 3.4.8 Cobertura de Filhos Póstumos só poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte ou Morte Acidental.

3.5. As doenças constantes na cobertura de Doenças graves não poderão ser contratadas adicionalmente de forma isolada.

4. Riscos excluídos

4.1. A ocorrência de quaisquer eventos decorrentes das situações abaixo descritas excluem quaisquer coberturas do seguro, sejam coberturas básicas, adicionais ou suplementares, não cabendo ao segurado ou ao(s) beneficiário(s) o direito ao recebimento de qualquer pagamento e/ou devolução de prêmios pagos:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) invasões, hostilidades, atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;
- c) perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada por 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 competente;

- d) doenças, lesões e acidentes preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarados na proposta de adesão;
- e) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo, assim declarados por órgão competente;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado ou pelos beneficiários e/ou pelo representante legal. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes legais;
- h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se decorrente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;
- i) prática de parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem devida habilitação legal, inclusive aposta ou rachas, exceto na prática de esportes profissionais e nos casos nos quais o segurado tenha informado previamente à seguradora, e esta tenha prévia e expressamente aceito o risco informado;
- j) sinistros caracterizados anteriormente à contratação do seguro e não declarados à seguradora no momento da contratação do seguro ou da inclusão do segurado;
- k) danos morais.

4.2. O beneficiário também não tem direito ao capital segurado estipulado no certificado individual, nem a devolução dos prêmios pagos, quando o segurado se suicida nos primeiros 2 (dois) anos da vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, ou do aumento do capital segurado. Nesta última hipótese, a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado, conforme disposto no Art. 798 do Código Civil.

5. Cláusula beneficiária

5.1. Beneficiários em caso de morte

5.1.1 Esta cláusula é apenas válida para seguros contratados que possuam uma cobertura que cubra a morte do segurado.

5.1.2 O segurado poderá indicar beneficiários específicos que receberão a indenização em caso de sua morte por sinistro em evento coberto. A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo durante a vigência do seguro, mediante solicitação por escrito que deverá ser mantida em poder do estipulante e da seguradora, observando a legislação local vigente.

5.1.3 Caso a seguradora não seja comunicada a tempo quanto a substituição de beneficiários, esta pagará o capital segurado na forma da última indicação de beneficiários que esteja em posse do estipulante ou da própria seguradora, e caso não haja nenhuma indicação, na forma da lei.

5.1.4 Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um. Quando não houver distribuição quantitativa do valor da indenização, o valor da indenização será dividido em partes iguais aos beneficiários indicados.

5.1.5 Na hipótese de a morte de um ou mais beneficiários indicados ocorrer antes da morte do segurado titular ("premoriência"), a parte a ele(s) determinada será paga na forma da lei.

5.1.6 Na hipótese de morte simultânea ("comoriência") do segurado titular e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, titular e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência desses, o pagamento ocorrerá na forma da lei.

5.1.7 Caso não haja qualquer indicação de beneficiário ou se a que foi feita não prevalecer, o pagamento da indenização

ocorrerá aos beneficiários indicados por lei.

5.1.8 Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

5.2. Beneficiários das demais coberturas

5.2.1 As demais previsões sobre beneficiários constam descritas nas respectivas condições especiais de cada cobertura contratada, ao final das condições gerais.

6. Âmbito territorial da cobertura

6.1. O âmbito territorial de cada cobertura está descrito nas respectivas condições especiais contratadas.

7. Idade do segurado

7.1. As idades mínima e máxima para contratação do seguro estarão estabelecidas na proposta de contratação assinada pelo estipulante, respeitadas as limitações impostas pela legislação vigente.

7.2. O proponente menor de 18 (dezoito) anos, por ocasião do preenchimento da proposta de adesão, será representado ou assistido pelos pais, tutores ou curadores, observada a legislação vigente.

8. Vigência do seguro

8.1. O Seguro Coletivo é contratado pelo estipulante por prazo determinado, tendo a seguradora e o estipulante a faculdade de não renovar a apólice e os certificados individuais na data de vencimento da vigência, independentemente do tempo de relação contratual, sem devolução dos prêmios pagos.

8.2. O início e o término de vigência das coberturas individuais de seguro estarão disponíveis nos respectivos certificados individuais.

8.2.1. O prazo final de vigência do certificado individual não ultrapassará o final de vigência da apólice coletiva.

8.3. As apólices, os certificados individuais e os endossos/aditamentos terão início e término de vigência às 24h das respectivas datas indicadas nestes documentos.

8.4. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do certificado individual, exceto caso o estipulante renove o seguro.

8.5. Nos contratos de seguro cujas propostas de contratação tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta pela seguradora ou se dará em data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.6. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência da cobertura ocorrerá a partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

9. Contratação do seguro

9.1. A contratação, alteração ou renovação não automática do contrato de seguro somente poderão ser feitas mediante proposta preenchida e assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou corretor de seguros.

9.2. Após aceite da proposta, pela Seguradora, a apólice de seguros será emitida com base nas declarações prestadas pelo estipulante no ato da contratação, que deverão ser verdadeiras. Essas declarações determinarão a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

9.3. Caso a seguradora constate que quaisquer informações não são verídicas, ou grupo segurado seja diferente daquele que serviu de base para o cálculo atuarial, a seguradora se reserva o direito de recalculas as taxas. Na hipótese de o estipulante não aceitar as novas taxas propostas, a apólice será cancelada pela seguradora, sendo o estipulante o responsável por qualquer indenização ao grupo segurado, inclusive ressarcindo a seguradora por qualquer dano que venha

a causar.

9.4. Caso algum dado da apólice esteja diferente do informado na Proposta de Contratação, o estipulante terá 30 (trinta) dias contados da emissão da apólice para solicitar à seguradora, por escrito, a correção das divergências. Após este prazo, a redação disposta na apólice será automaticamente convalidada.

10. Adesão do seguro pelo segurado

10.1. A adesão à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, ou a formalização por meio remoto seguro aceito pelas partes como válido, de proposta de adesão e desta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

10.2. No caso de encampação de apólice de seguro não contributivo estipulado por empregador em favor de seus empregados, é admitida a dispensa de proposta de adesão desde que não haja modificação na apólice que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

10.3. A seguradora fornecerá ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo identificando a proposta de adesão por ela recebida, com indicação da data e da hora de seu recebimento.

10.4. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a proposta de adesão, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

10.4.1. A seguradora verificará se as informações contidas na proposta de adesão são suficientes para a emissão do certificado de seguro, sendo que ainda poderá solicitar ao proponente documentos complementares, além de declarações pessoais, exames médicos e/ou qualquer outra prova ou atestado de saúde para análise e aceitação do risco ou da alteração na proposta de adesão, o que poderá ser feito apenas uma vez durante esse prazo. Nesse caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada completa.

10.5. A seguradora fará, obrigatoriamente, a comunicação formal no caso de não aceitação da proposta de adesão, o que poderá ser feito por meio do estipulante justificando a sua recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

10.5.1. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devolvido no momento da formalização da recusa, sendo restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa da proposta, integralmente ou deduzido da parcela pro rata temporis correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Nesse caso, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

10.6. Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado principal ou dependente, o oferecimento e a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob a forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço estejam diretamente relacionados ao sinistro coberto., exceto para cobertura de doenças graves não infecciosas ou doenças congênitas.

10.7. A seguradora, obrigatoriamente, emitirá e enviará o certificado individual de seguro no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

10.8. No caso de doença ou de invalidez preexistente informada na declaração pessoal de saúde constante da proposta de adesão, a seguradora poderá aceitar o proponente com restrições de cobertura, excluindo os eventos que venham a ser causados pela doença ou pela invalidez informada.

10.9. Aposentados por tempo de serviço poderão ser incluídos nas apólices que admitam a respectiva cobertura desse grupo com direito a todas as coberturas do seguro, inclusive IFPD. Aposentados por invalidez que não tenham recebido indenização de IFPD de outra seguradora poderão ser aceitos e terão direito a todas as coberturas desse seguro. Aposentados por invalidez que já tenham recebido indenização de IFPD de outra seguradora não serão aceitos. Em todos os casos é necessário que os aposentados em questão atendam a todas as demais condições estabelecidas no contrato para a aceitação de proponentes.

10.10. O segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos, a contar da data da formalização da proposta, e poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem

prejuízos de utilizar os demais canais de atendimento da Prudential do Brasil.

11. Alteração da apólice

11.1. Qualquer alteração no seguro somente poderá ser feita mediante proposta preenchida e assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou corretor de seguros.

11.2. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa, por escrito, do estipulante e da seguradora ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da prévia e anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

11.3. Alterações na apólice que não impliquem ônus, novos deveres ou diminuição dos direitos dos segurados poderão ser realizadas apenas com aprovação do estipulante.

11.4. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem nos documentos obrigatórios (ex.: proposta de contratação, proposta de adesão, declaração pessoal de saúde, indicação de beneficiários, etc.) ou outros documentos citados ao longo das condições contratuais e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições gerais e especiais.

12. Renovação

12.1. A renovação do contrato de seguro deverá ser feita mediante proposta preenchida e assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou corretor de seguros.

12.2. A renovação automática do seguro, se prevista, só poderá ocorrer uma única vez, e as renovações posteriores devem ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa pelo estipulante e pelo segurado, conforme o caso.

12.3. A renovação automática não se aplica caso o segurado, o estipulante ou a seguradora comunique seu desinteresse na continuidade do seguro, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

12.4. Em cada renovação, será verificado pela seguradora o equilíbrio técnico atuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas incidentes, que será comunicada ao estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias. A concordância do estipulante implicará a renovação da apólice com as novas taxas. Não havendo concordância, a apólice não será renovada, sendo encerrado o seguro no fim da vigência anteriormente pactuada.

12.5. Na renovação, qualquer alteração da apólice coletiva que implique ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do grupo segurado.

13. Consequências de declarações incorretas

13.1. Se o estipulante, o segurado, seu representante legal ou a corretora de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, o segurado perderá o direito às coberturas, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido, de acordo com a legislação em vigor.

13.1.1 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do estipulante, do segurado, da corretora de seguros ou do representante legal, 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 de indenização:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento parcial 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(s) beneficiário(s), ou ainda 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, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

13.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, independentemente de notificação ou interpelação judicial, o segurado e seu(s) beneficiário(s) perderão o direito às coberturas do seguro contratado, ficando este anulado, sem que caibam quaisquer valores à parte infratora, nas seguintes situações:

a) ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo segurado, pelo(s) seu(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro; e/ou

b) descoberta, pela seguradora, de declarações inexatas graves ou omissões (especialmente na Proposta de Contratação, Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde), inclusive, mas não se limitando, quanto ao que dispõem sobre questões médicas preexistentes do segurado ou relacionadas ao histórico médico familiar dele, capazes de influir na aceitação ou precificação da proposta .

13.3. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

13.4. Se o estipulante, o segurado, seu representante legal ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, cabendo à seguradora a decisão de alterar ou não as condições do seguro para que se adequem as novas informações, podendo inclusive cancelar o seguro sem haver direito ao segurado quanto a indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

13.5. O estipulante, o segurado, a corretora e os representantes legais são obrigados a comunicar à seguradora, logo que tomem conhecimento, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que tinham conhecimento de tal informação e não comunicaram à seguradora.

13.5.1. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, dará ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a(s) cobertura(s) contratada(s).

13.5.2. O cancelamento do contrato/certificado individual de seguro, na hipótese da cláusula 13.5, só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

13.5.3. Na hipótese de continuidade do contrato, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

13.6. O segurado perderá o direito a indenização e não fará jus a devolução de prêmios pagos se o sinistro decorrer de culpa grave ou dolo do segurado, má-fé, fraude, simulação e/ou decorra de ato ilícito doloso na forma da lei.

14. Capital segurado

14.1. O capital segurado representa o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, a título de indenização, no caso de ocorrência de sinistro coberto, vigente na data do evento.

14.1.1. O tipo de capital escolhido pelo estipulante estará especificado na proposta de contratação, e o valor do capital segurado individual será estabelecido, por cobertura, no certificado individual de seguro, conforme proposto pelo segurado, respeitados os limites mínimo e máximo previamente estabelecidos pela seguradora.

14.1.2. No caso de seguro ser por adesão facultativa, o valor do capital segurado individual será estabelecido, por cobertura, no certificado individual de seguro, conforme proposto pelo segurado, respeitados os limites mínimo e máximo previamente estabelecidos pela seguradora.

14.2. Os capitais segurados do segurado dependente, em quaisquer coberturas, não podem ser superior ao do segurado titular.

14.3. A data do evento para determinar o capital segurado será determinada nas condições especiais do seguro.

15. Pagamento do prêmio

15.1. O custeio poderá ser contributário ou não, dependendo da escolha do estipulante.

- a) contributário, no caso em que os segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente; ou
- b) não contributário, no caso em que os segurados não pagam o prêmio, ficando o pagamento a cargo do estipulante.

15.2. Para garantir o direito à cobertura dos segurados, o estipulante deverá efetuar o pagamento ou repasse do prêmio do seguro até a data de vencimento e conforme estabelecido nas demais condições gerais do seguro, sob pena de cancelamento do seguro.

15.2.1. O prêmio poderá ser único ou periódico (conforme previsto na proposta, apólice / certificado individual).

15.3. O prêmio do seguro deverá ser pago conforme periodicidade prevista na proposta de contratação / adesão durante o período de vigência da apólice/certificado individual, podendo ser mensal ou anual

15.4. 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 seguinte em que houver expediente bancário.

15.5. Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que ele tenha sido quitado, ele poderá ser pago até o 59º dia posterior ao vencimento da parcela em atraso. Será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido, com multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso.

15.5.1. Além da multa anteriormente citada, será acrescida ao valor do prêmio a atualização monetária, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, desde a data do vencimento da parcela em atraso até a data de seu efetivo pagamento, acrescida de juros de mora fixados em 1% a.m. (um por cento ao mês), em base pro rata temporis.

15.6. Decorrido o prazo definido na cláusula anterior, e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reabilitada. Nesse caso, não caberá qualquer restituição, pela seguradora dos prêmios anteriormente pagos.

15.7. A seguradora enviará comunicado, ao segurado/estipulante, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato ou do certificado individual, o qual será efetuado ainda que o estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência, que funcionará apenas como um aviso de cancelamento.

15.8. Caso ocorra um sinistro no período de inadimplência e antes do cancelamento final do seguro, a seguradora realizará o pagamento da indenização ao(s) beneficiário(s), com cobrança dos prêmios em atraso, multa e demais encargos aplicáveis.

15.9. Após 60 (sessenta) dias de atraso no pagamento de qualquer parcela dos prêmios devidos, o seguro será automaticamente cancelado, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

15.10. O pagamento de uma parcela posterior não quita as parcelas anteriores ainda não pagas.

15.11. A reabilitação da apólice ou do certificado individual, quando possível, ocorrerá na data em que a seguradora receber o comprovante de pagamento do valor devido pela reabilitação da apólice ou do certificado individual. Nesse caso, a seguradora responderá pelos sinistros ocorridos a partir de então.

15.12. O estipulante e os segurados obrigam-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que ela possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento dessa obrigação desobrigará a seguradora da expedição de tal correspondência.

15.13. É vedada ao estipulante a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação do segurado, ou o recolhimento a título de prêmio do seguro de qualquer valor além daquele fixado pela seguradora e a ela devido.

15.14. Caso o estipulante receba, qualquer outro valor com o prêmio, fica obrigado a destacar, no documento utilizado na cobrança ou no recolhimento, o valor do prêmio de cada segurado.

15.15. Salvo em caso de cancelamento do certificado individual de seguro, o estipulante, nos seguros contributários, só poderá interromper o desconto do valor do prêmio em folha mediante expressa solicitação do segurado, o qual assumirá a obrigação de pagamento do prêmio.

15.16. Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos devidamente atualizados de acordo com a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando pro rata temporis o período em que vigorou a cobertura, conforme a tabela de prazo curto especificada a seguir:

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

15.17. No caso de recebimento indevido de prêmio pela seguradora, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos à atualização monetária a partir da data de recebimento até a data de devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE.

15.18. De acordo com as características do seguro, não estão previstos a devolução nem o resgate de prêmios ao segurado, ao(s) beneficiário(s) ou ao estipulante, pois se trata de regime de repartição simples.

15.19. Quando o pagamento do prêmio for efetivado por meio de consignação em folha, a ausência do repasse à sociedade 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.

16. Recálculo do prêmio e reavaliação das taxas

16.1. Recálculo

16.1.1. Sempre que ocorrer, dentro da periodicidade definida no Contrato de Seguro, a alteração de idade do Segurado e conseqüentemente o seu deslocamento para outra faixa etária, a Seguradora ajustará a taxa para o reenquadramento previsto na Proposta, realizando a cobrança do novo prêmio a partir do mês de renovação da Apólice de seguro. A forma como os prêmios serão alterados constará na proposta de contratação e na proposta de adesão.

16.2. Reavaliação

16.2.1. As taxas poderão ser reavaliadas anualmente a critério da seguradora.

16.2.2. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo, exceto para os contratos não contributários, cujo estipulante é responsável integralmente pelo pagamento do prêmio.

17. Carências

17.1. O prazo de carência corresponde ao período contado a partir da data de início de vigência da cobertura ou da sua reabilitação, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

17.2. Em caso de aceitação de grupo segurado de apólice migrada, não será reiniciada a contagem de prazo de carência para segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

17.3. Quando aplicável, o prazo máximo de carência será de 2 (dois) anos. No entanto, o prazo de carência não poderá exceder metade do prazo de vigência da apólice/certificado individual.

17.4. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto para o constante no item 4.2 de Riscos Excluídos.

17.5. Para as demais coberturas, quando aplicáveis, as carências estarão descritas nas condições especiais do seguro.

18. Franquias

18.1. Quando aplicáveis, as franquias estarão descritas nas propostas e nos documentos contratuais do seguro.

19. Cancelamento

19.1. A apólice poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, desde que haja acordo prévio entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo estipulante, bem como haja anuência prévia dos segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

19.1.1. Nesse caso, do prêmio recebido, a seguradora reterá, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base pro rata temporis. Quando houver devolução de prêmio, ela será corrigida pelo índice IPCA/IBGE a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, (se tal solicitação ocorrer por iniciativa do segurado) ou a partir da data do efetivo cancelamento, (se ocorrer por iniciativa da seguradora).

Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura: respeitado o tempo de cobertura proporcional ao prêmio pago, o certificado individual de seguro será cancelado, e as coberturas do seguro cessarão imediatamente:

a) se o segurado solicitar a sua exclusão da apólice, exceto para seguros compulsórios contratados de forma obrigatória por lei;

b) ao final do prazo de vigência da apólice de seguro, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;

c) se a apólice de seguro for cancelada durante a sua vigência, por acordo entre as partes;

d) quando do pagamento da indenização de uma das coberturas contratadas que assim o preveja, conforme previsto nas condições especiais;

e) por desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago;

• Nos casos de seguros que possuam entre o estipulante e segurado o vínculo empregado-empregador, a perda do vínculo será considerada como ocorrida na data em que houver o desligamento do quadro de colaboradores e após decurso

do prazo de aviso prévio (ainda que indenizado), na forma da legislação aplicável.

f) se o estipulante deixar de pagar qualquer parcela do prêmio no prazo estipulado no item 15.5;

g) se o segurado agravar intencionalmente o risco;

h) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos fraudarem ou tentarem fraudar, agirem com dolo ou simulação na contratação do seguro ou durante a sua vigência, para obter ou majorar os valores devidos pela seguradora;

i) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos simularem um sinistro ou ainda agravarem as consequências para obter a indenização ou dificultar sua elucidação;

j) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam ter influenciado na aceitação da proposta ou no valor do prêmio;

k) se o estipulante deixar de repassar à seguradora os valores pagos pelos segurados, caso seja adotada a modalidade de seguro contributivo. Mesmo que os segurados possuam comprovantes desses pagamentos, tal fato constituirá motivo para o cancelamento do seguro, uma vez caracterizada a inadimplência, ficando o estipulante sujeito às penalidades legais e a eventuais ressarcimentos junto ao grupo segurado;

l) quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado (quando possível) ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio, se cabível;

m) com o encerramento das atividades do estipulante.

19.2. As apólices não poderão ser canceladas pela seguradora durante a vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

20. Procedimento em caso de sinistro

20.1. Ocorrido o sinistro, a seguradora deverá ser comunicada, por escrito pelo estipulante, pelo segurado ou pelo(s) beneficiário(s), logo que tome(m) conhecimento.

20.2. Quando previsto o pagamento da indenização de um evento coberto por este seguro, a ocorrência do sinistro bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas deverão ser satisfatoriamente comprovadas.

20.2.1. A indenização será realizada em parcela única, salvo para as coberturas que preveem pagamento de prestações, cuja quantidade de parcelas estarão definidas nas condições especiais e/ou nos respectivos certificados individuais.

20.3. O segurado, por ocasião do acidente pessoal, deverá recorrer imediatamente, às suas custas, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura/recuperação completa.

20.4. Os documentos a seguir relacionados, em conjunto com os demais documentos obrigatórios constantes das condições especiais são os mínimos necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos pelo seguro e deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada e não estará obrigada ao pagamento da indenização quando houver recusa ou não apresentação:

a) segurado: formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante; cópia autenticada da carteira de identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF, cópia da certidão de casamento atualizada e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo).

b) beneficiário: formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante; cópia autenticada da carteira de identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF (inclusive para menores de 14 anos), certidão de casamento atualizada (no caso de cônjuge), certidão de nascimento (no caso de filhos), documentos que comprovem a união estável (em caso de companheiro(a) e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo).

Observações:

1. Filho(s) ou beneficiário(s) com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos serão devidamente representados em conjunto

por seus pais, com poder familiar; na falta ou no impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei.

2. Filho(s) ou beneficiário(s) com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou no impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei.

3. Para pessoas com idade inferior a 18 (dezoito) anos sem pai e mãe, a indenização será paga conforme o estabelecido na legislação vigente.

4. Na falta de indicação expressa de beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o pagamento da indenização ocorrerá de acordo com legislação em vigor. Nessa situação, além dos documentos indicados anteriormente, é necessário enviar a declaração de herdeiros conforme modelo fornecido pela seguradora.

20.5. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e a obtenção dos documentos necessários correrão por conta do(s) solicitante(s), salvo as diretamente realizadas pela seguradora, por escolha desta.

20.6. A seguradora está autorizada, em caso de dúvida fundada e justificável, a tomar todas as providências necessárias à plena elucidação dos fatos, arcando com os custos correspondentes, para obter uma explicação completa sobre o evento ocorrido, podendo, inclusive, solicitar documentos que considerar necessários à comprovação do fato alegado, além daqueles descritos nos itens 20.4 e 20.5.

20.7. Estando de posse da documentação mínima completa solicitada no item 20.4, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para aceitar e efetuar o pagamento da indenização ou recusar o seu pagamento. Se, dentro do prazo mencionado, devido a dúvida fundada e justificável, a seguradora solicitar ao interessado na indenização outros documentos para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil subsequente à chegada do último documento solicitado.

20.8. O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no plano implicará a aplicação de juros de mora a partir dessa data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.

20.8.1. Qualquer pagamento de indenização feito após o prazo descrito no item 20.7 será efetuado no valor da indenização acrescido de multa total de 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez.

20.9. Além da multa anteriormente citada, será acrescida ao valor da indenização a atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE acumulada desde a data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, além de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, em base pro rata temporis.

20.9.1. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele índice publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

20.10. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios ocorrerá independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

20.11. Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente sob responsabilidade da seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

20.12. Em caso de tentativa do estipulante, do segurado, de seu(s) beneficiário(s) ou do representante legal de um ou de outro de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da seguradora, o respectivo segurado ou beneficiário não fará jus ao recebimento da indenização ora prevista.

21. Perícia da seguradora

21.1. No caso de incapacidade, o segurado 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 a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

21.2. Comprovada algum tipo de fraude pela perícia da seguradora, 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.

22. Junta médica

22.1. Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade/invalidez relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor 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.

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

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

22.4. 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.

22.5. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

22.6. Não serão aceitos como peritos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, seus parentes consanguíneos ou afins, ou pessoas que haja comprovação de conflito de interesse, ainda que aparente, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

22.7. Comprovado algum tipo de fraude e/ou questões de conflito de interesse entre o segurado e a composição da junta médica, 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.

23. Reintegração de Cobertura

23.1. O capital segurado relativo a cada cobertura não será reintegrado após ocorrência de um evento coberto, salvo se discriminada a respectiva reintegração nas condições especiais.

24. Atualização dos valores do seguro

24.1. Os capitais segurados e os prêmios poderão ser atualizados anualmente, no aniversário do contrato, com base na variação acumulada do IPCA/IBGE durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização.

24.2. As atualizações de capital segurado serão aplicadas para todos os segurados para os quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para o restante do grupo.

24.3. Para os seguros de prazo igual ou inferior a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.

24.4. Para a hipótese de não ser possível seguir qualquer um dos procedimentos de atualização monetária previstos nestas condições gerais, em virtude da edição de lei ou medida governamental na área da economia que proíba ou altere os critérios de atualização monetária, o responsável pelo pagamento, o segurado, o(s) beneficiário(s), conforme o caso, e a seguradora ajustam as seguintes disposições, a serem adotadas com vistas a preservar o equilíbrio atuarial do seguro:

a) se houver extinção do IPCA/IBGE, será imediatamente utilizado como índice substitutivo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE) ou, na falta deste, o índice que vier a ser autorizado pela Susep;

b) cessará imediatamente a atualização monetária de todos os valores inerentes a este seguro, caso essa atualização venha a ser vedada; ou

c) se houver proibição da utilização de indexadores, a atualização monetária prevista nesta cláusula será ajustada ao que a respeito deliberar o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente para dispor sobre a

matéria.

25. Obrigações do estipulante

25.1. São obrigações mínimas do estipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, conforme estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou os avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) fornecer, no momento da adesão ao seguro, cópia das condições gerais do seguro, bem como, entregar os certificados individuais disponibilizados pela seguradora pelo acesso controlado ao ambiente repositório de todos os certificados emitidos;
- h) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações, materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
- i) comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, assim que dele tiver conhecimento, quando tal comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- j) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- k) comunicar de imediato à Susep quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- l) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- m) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante;
- n) entregar assim que receber da seguradora os certificados individuais aos segurados;
- o) excluir o segurado do seguro em caso de recebimento da indenização de IFPD;
- p) manter o seu cadastro permanentemente atualizado na seguradora;
- q) demais obrigações legal e regulamentamente cabíveis.

25.2. Fica vedado ao estipulante e ao sub estipulante:

I - cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade seguradora; e

II - 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.

26. Comunicações

26.1. As comunicações do segurado ou estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas na seguradora, podendo ser recepcionadas por meio eletrônico, nos canais oficiais disponibilizados pela seguradora, constantes de seu sítio institucional, na apólice e no certificado individual. As comunicações da seguradora são consideradas válidas quando dirigidas ao endereço, físico ou eletrônico que figure na proposta de contratação, proposta de adesão, apólice e/ou certificado individual de seguro.

26.2. As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado ou estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por estes.

27. Foro

27.1. Será competente para dirimir quaisquer pendências, questões judiciais entre o segurado ou o beneficiário e a seguradora ou dúvidas decorrentes da execução deste seguro o foro do domicílio do segurado ou do(s) beneficiário(s), conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto anteriormente.

28. Do sigilo e da confidencialidade

28.1. Dada a natureza da atividade das partes e do objeto deste seguro e porque assim se convencionou, a seguradora, o estipulante, os segurados, corretores, beneficiários e representantes legais obrigam-se, por si, seus profissionais e prepostos, a:

- a) manter absoluto sigilo sobre operações e informações sensíveis relacionadas, dados, dados pessoais, materiais, informações, documentos, especificações técnicas ou comerciais, inovações e aperfeiçoamento tecnológico ou comerciais da outra parte ou de seus clientes, inclusive quaisquer programas, rotinas ou arquivos a que eventualmente tenha ciência ou acesso, ou que lhe venha a ser confiado, em razão da contratação deste seguro;
- b) não usar, comercializar ou reproduzir as informações e documentos acima referidos ou deixar que estes cheguem ao conhecimento de terceiros;
- c) responder perante a outra parte e terceiros prejudicados, civil e criminalmente, por si, seus profissionais, contratados e/ou prepostos, pela eventual quebra de sigilo das informações que tenha acesso ou ciência, direta ou indiretamente, em virtude da contratação deste seguro; e
- d) não fazer qualquer menção ao nome da outra parte para fins de publicidade própria, bem como a não divulgar os termos destas condições gerais sem prévia e expressa autorização da outra parte.

29. Privacidade e proteção de dados

29.1. O estipulante e a Prudential do Brasil declaram que cumprem toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal nº 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto nº8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema, comprometendo-se a tratar os dados pessoais coletados e tratados em decorrência da contratação do seguro previsto nesta proposta, somente para a viabilizar e executar o contrato de seguro, nos estritos limites e finalidades aqui previstos, e nos termos da legislação aplicável.

29.2. Todos os dados fornecidos pelo estipulante à Prudential do Brasil, como informações necessárias para análise e aceitação do risco, propostas de adesão e dados cadastrais dos segurados, deverão ser coletados e compartilhados em observância à Lei Federal nº 13.709/2018 e demais leis aplicáveis sobre o tema.

30. Cláusula de violação de leis ou normas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais

30.1. Não obstante quaisquer outros termos previstos na Proposta de Contratação, Proposta de Adesão ou Condições Gerais e Especiais do Seguro, a Seguradora não fornecerá qualquer cobertura ou serviço, bem como não fará qualquer pagamento/reembolso ao segurado, beneficiário ou qualquer terceiro, na medida que a atividade do segurado, beneficiário ou terceiro viole qualquer lei ou norma de embargos ou sanções econômicas ou comerciais, aplicados por organismos nacionais ou internacionais (como, por exemplo: Programa de sanções administradas e publicadas pelo OFAC - Office of

Foreign Assets Control, agência de inteligência ligada ao Departamento de Tesouro dos Estados Unidos - e; Resoluções do CSNU - Conselho de Segurança das Nações Unidas - ou as designações de seus comitês de sanções que determinem a indisponibilidade de ativos, de quaisquer valores, de titularidade direta ou indireta de pessoas naturais, de pessoas jurídicas ou de entidades, nos termos da Lei nº 13.810/2019). Nestes casos, ao haver a identificação de um segurado, beneficiário ou terceiro nestas condições, o contrato de seguro (incluindo a Apólice e Certificados Individuais) será automaticamente cancelado, sem direito a qualquer pagamento, indenização, reembolso, resgate ou devolução de prêmios pagos.

31. Disposições finais

31.1. O segurado deverá informar imediatamente à seguradora qualquer mudança de endereço ou alteração nos dados de conta bancária ou cartão de crédito para cobrança de prêmios.

31.2. Os prazos prescricionais são os determinados em lei.

31.3. Os tributos incidirão e serão recolhidos conforme legislação em vigor.

31.4. As condições contratuais deste seguro encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo 15414.650452/2021-85, constante da apólice/proposta de adesão e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

31.5. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

31.6. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

31.7. Qualquer pagamento ou devolução de valores realizados pela seguradora serão feitos por crédito em conta bancária, ou ordem de pagamento, sempre do titular do direito de seu recebimento, de acordo com os termos deste seguro.

31.8. Para os casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicadas as legislações e a regulamentação que regulamentam os seguros no Brasil.

31.9. O segurado poderá registrar reclamações no site www.consumidor.gov.br.

32. Glossário de termos técnicos

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nas condições gerais e especiais, incluímos uma relação em ordem alfabética, com os principais termos técnicos empregados nas condições gerais.

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.

i. incluem-se nesse conceito:

a. os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

b. os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

c. os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

d. os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, ocasionados por evento externo, súbito e violento, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

ii. 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 por acidente coberto;

b. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c. as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, 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;

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 definido acima.

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.

APARELHO LOCOMOTOR: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

APÓLICE: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

ATIVIDADE LABORATIVA: qualquer ação ou trabalho que gere renda ao segurado.

AUXÍLIO: ajuda por intermédio do recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

BENEFICIÁRIO: pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

CAPITAL SEGURADO: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

CARDIOPATIA GRAVE: doença cardíaca assim classificada de acordo com os critérios do consenso nacional de cardiopatia grave.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO: documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade 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.

COBERTURAS: obrigações que a seguradora assume com o segurado quando ocorrer um evento coberto previsto nestas condições gerais e especiais.

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

COMPANHEIRO(A): pessoa com quem o segurado mantém união estável, ou seja, convivência pública, contínua e duradoura, com o objetivo de constituir família.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e do estipulante.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: conjunto de disposições que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

CONECTIVIDADE COM A VIDA: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

CONSIGNANTE: pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

CONSUMPÇÃO: definhamento progressivo e lento do organismo humano causado por doença.

CONTRATO DE SEGURO: 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.

DADOS ANTROPOMÉTRICOS: para cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, trata-se do peso e da altura do segurado.

DECLARAÇÃO MÉDICA: documento elaborado na forma de relatório ou similar, no qual o médico assistente do segurado ou outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e os respectivos fatos médicos correlatos.

DEFICIÊNCIA VISUAL: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

DOCUMENTOS CONTRATUAIS: a apólice, o certificado individual e o endosso de seguro.

DOENÇA CRÔNICA: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL: doença sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversão, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

DOENÇA NEOPLÁSICA MALIGNA ATIVA: caracterizada pelo 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.

DOENÇA PROFISSIONAL: doença cuja causa determinante é o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

DOENÇAS, LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES: sinais, sintomas e/ou as doenças, inclusive as congênitas, e as lesões decorrentes dos acidentes pessoais sofridos pelo segurado, antes de sua adesão à apólice, os quais, embora já fossem de seu conhecimento no momento de sua proposta de adesão, não foram nela declaradas.

DOLO: ato consciente pelo qual alguém induz outro a erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

ENCAMPAÇÃO: Considera-se encampação a substituição de apólice coletiva ao fim de sua vigência por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora.

ENDOSSO: documento emitido pela sociedade seguradora por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas

ESTADOS CONEXOS: representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.

ESTIPULANTE: a pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes

de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras, nos termos da legislação em vigor.

EVENTO COBERTO: acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais e especiais.

EXCEDENTE TÉCNICO: saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

FRANQUIA: período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.

GRUPO SEGURÁVEL: conjunto de pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

GRUPO SEGURADO: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

HÍGIDO: saudável.

INÍCIO DA VIGÊNCIA: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD): perda da existência independente do segurado, caracterizada como a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais deste seguro, estando também englobados neste conceito os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

INDENIZAÇÃO: valor a ser pago pela seguradora ao(s) beneficiário(s) quando ocorrer um evento coberto, respeitados as condições e os limites contratados.

MÉDICO: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que presta informações a respeito da saúde do segurado. Não será aceito como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

MIGRAÇÃO: Considera-se migração a substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

PRAZO DE CARÊNCIA: período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

PRÊMIO: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

PRESCRIÇÃO: extingue o direito de uma pessoa de exigir de outra uma prestação (ação ou omissão), ou seja, provoca o fim da pretensão, quando não exercida no prazo definido por lei.

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO INVASIVO: aqueles que invadem qualquer parte do corpo humano, que atingem órgãos internos.

PROGNÓSTICO: juízo médico com base no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, da evolução e do termo de uma doença.

PROPONENTE: interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

PROPOSTA: documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro, abrangendo, no caso de contratação ou renovação de apólices coletivas, tanto a proposta de contratação

formalizada pelo estipulante, como as propostas de adesão dos segurados individuais.

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.

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.

PRO RATA TEMPORIS: é um método de se calcular o prêmio de seguro com base nos dias de vigência do contrato, quando este for realizado por período inferior a 1 (um) ano e sempre que não cabível o cálculo do prêmio a prazo curto.

QUADRO CLÍNICO: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

RECIDIVA: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acontecimento.

REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA: incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.

RELAÇÕES EXISTENCIAIS: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

REPARTIÇÃO SIMPLES: regime financeiro no qual o que se arrecada em prêmios é gasto com sinistros, sem que haja um processo de acumulação de reserva para eventos futuros, não sendo possível a devolução dos prêmios já pagos para a vigência decorrida.

RISCOS EXCLUÍDOS: são os riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais que não são cobertos pelo seguro.

SEGURADO: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

SEGURADORA: empresa legalmente constituída para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos contratos de seguro.

SEGURO CONTRIBUTÁRIO: aquele no qual o segurado participa em parte ou na totalidade do pagamento do prêmio.

SEGURO NÃO CONTRIBUTÁRIO: aquele no qual o pagamento do prêmio é responsabilidade exclusiva do estipulante.

SENTIDO DE ORIENTAÇÃO: faculdade do indivíduo de se identificar, se relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio.

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

SINISTRO: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

TRANSFERÊNCIA CORPORAL: capacidade do segurado de se deslocar de um local para o outro, sem qualquer auxílio. Entende-se por auxílio a ajuda humana e/ou a utilização de estruturas ou de equipamentos de apoio físico.

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.

Condições Especiais

Condições especiais da cobertura MORTE ACIDENTAL (MA)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

2. Cobertura

2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de morte do segurado decorrente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos, e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas no item 4, "Riscos excluídos" das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

- a) acidente vascular cerebral.
- b) doenças, quaisquer que sejam as causas, inclusive as profissionais, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, os estados septicêmicos e as embolias, resultantes de ferimento visível.

Estão, ainda, expressamente excluídos da cobertura, os acidentes ocorridos em consequência de:

- a) participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo em prestação de serviço militar ou de atos da humanidade em auxílio a outrem;
- b) competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos;
- c) direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;
- d) lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões desta apólice de seguro.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que provocou a morte do segurado.

6. Cessaçã da cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do Certificado Individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições

cessa ainda: com o cancelamento da apólice, exceto para o segurado que tenha se acidentado no decurso de sua vigência e venha a falecer em decorrência do acidente coberto.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 20.4 das Condições gerais e no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observado o item 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

- a) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito;
- b) cópia autenticada da certidão de óbito;
- c) cópia do boletim de ocorrência policial completo, se houver registro;
- d) cópia do laudo de necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- e) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, emitido pelo IML em caso de acidente de trânsito; caso não tenha sido emitido, enviar declaração do órgão competente, informando o motivo da não emissão;
- f) cópia da carteira nacional de habilitação (CNH) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- g) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- h) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; (quando aplicável)
- i) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Os beneficiários estão em conformidade com o item 5, "Cláusula beneficiária", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

9. Disposições gerais

9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

**Condições especiais da cobertura
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)**

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento de indenização até o valor do capital segurado contratado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro e que resulte em invalidez permanente total ou parcial do segurado, comprovada por declaração médica. Deverão ser observados os riscos excluídos, e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

Após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada e avaliada a invalidez permanente no momento da alta médica definitiva, a seguradora indenizará de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela descrita a seguir:

Invalidez permanente	Evento	%sobre a importância segurada
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Parcial- diversos	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
Parcial – diversos	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial – membros superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9

	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo
Parcial – membros inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um dos quadris	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	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	Indenização equivalente 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	6	
Menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização	

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação da porcentagem prevista no plano 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, na base das porcentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

Quando o mesmo acidente provocar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as respectivas porcentagens, cujo total não pode exceder 100% (cem por cento) do capital segurado para esta cobertura.

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder o percentual da indenização previsto para a perda total de tal membro ou órgão.

Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão que já apresentava problemas/perda em suas funções antes do acidente deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

Se, depois que a indenização por invalidez permanente total por acidente for paga, ocorrer a morte do segurado ou nova caracterização de invalidez em consequência do mesmo acidente, será deduzida da indenização a ser paga a importância já indenizada.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente que deve ser comprovada na forma prevista nas condições contratuais.

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos ou a outros exames complementares realizados por profissionais de sua indicação para comprovar o seu caráter permanente, sua extensão e grau de invalidez.

Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor a constituição de junta médica, nos termos do item 22, “Junta médica”, das condições gerais da apólice.

O pagamento do capital referente a essa cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

- a) doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER), 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;
- b) a perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER, DORT, 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 no conceito de acidente pessoal, definido nestas condições contratuais;

Estão ainda expressamente excluídos desta cobertura os acidentes ocorridos em consequência de:

- a) participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
- b) competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves ou veículos náuticos;
- c) direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;
- d) lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões desta apólice de seguro.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura será válida somente para o diagnóstico da invalidez em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que provocou a invalidez permanente do segurado.

6. Cessaçã o da cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 19.1, “Cancelamento da apólice”, e 19.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições

cessa ainda, com o cancelamento da apólice, exceto para o segurado que tenha se acidentado no decurso de sua vigência e venha a ficar permanentemente inválido, como consequência direta do acidente coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta cobertura.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir e observada a cláusula 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

- a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado, ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
- b) cópia do boletim de ocorrência policial, quando houver registro;
- c) cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT) em caso de acidente de trabalho;
- d) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
- e) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, se realizados;
- f) cópia da carteira nacional de habilitação (CNH) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- g) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- h) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; (quando aplicável)
- i) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou outro documento hábil que comprove o salário; (quando aplicável)
- j) cópia do boletim hospitalar referente ao primeiro atendimento (data do acidente);
- k) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Reintegração de cobertura

8.1. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

9. Beneficiários

9.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária,

item 5.1, “Beneficiários em caso de morte”, das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

10. Disposições gerais

10.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

**Serviço de Assistência Funeral
TITULAR****1. Objetivo:**

Prestação de serviços de assistência para o segurado titular do seguro, falecido durante a vigência (período do seguro) do contrato, no Brasil, de acordo com os padrões contratados.

2. Elegibilidades:

Esta assistência será prestada quando:

o segurado titular estiver devidamente incluído na apólice de seguro;
o falecimento tenha decorrido de evento coberto pela apólice de seguro;
a cobertura do seguro não esteja suspensa por motivo de atraso no pagamento do prêmio (valor pago pelo seguro).

3. Padrão de contratação:**TITULAR****4. Serviços:**

Serão prestados os seguintes serviços, não ultrapassando o limite de contratado.

Sepultamento ou cremação.
Aquisição ou Locação de jazigo por até 3 (três) anos.
Passagem aérea, em classe econômica, para 1 (um) membro da família.
Urna para o sepultamento.
Coroa de flores.
Traslado do corpo, exclusivamente no Brasil, dentro do limite contratado para o serviço.
Ornamentação de urna.
Velório e paramentos (castiçais e velas que acompanham a urna).
Mesa de condolências.
Registro de óbito.
Velório.
Carro funerário.
Veículo de aluguel com motorista.
Assessoria para formalidades administrativas.
Sepultamento de membros até o limite de R\$ 1.500,00

5. Não há serviço de assistência para:

Pagamento de despesas com exumação dos corpos que já estiverem no jazigo quando do sepultamento da pessoa coberta.

Atuação nas localidades onde a legislação não permitir que o serviço de Assistência Funeral intervenha.

6. Como acionar o serviço:

Os serviços de Assistência Funeral devem ser acionados pelos telefones: Central de Atendimento
0800 730 0011*

(de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

0800 730 0013

(deficiência auditiva ou de fala, 24h)

*Serviço de Assistência Funeral, 24h, todos os dias da semana.

Importante:

A seguradora se reserva o direito de solicitar, a qualquer momento, o atestado de óbito ou qualquer outro documento que julgue necessário.

Despesas superiores ao limite contratado serão de responsabilidade do responsável/representante do segurado.

Condições especiais da cobertura

DIÁRIAS DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA (DIT)

Estas condições especiais integram o seguro de pessoas coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de pessoas coletivo, além dos termos a seguir:

DIÁRIAS DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA: é o valor correspondente às diárias e definido no certificado individual de seguro, indenizável em caso de ocorrência comprovada de incapacidade física temporária do segurado decorrente de doença ou acidente pessoal coberto.

INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA: é o afastamento do segurado de suas atividades relativas à sua profissão ou ocupação por incapacidade decorrente de doença ou acidente pessoal coberto e comprovada por determinação médica.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento das diárias, durante o período em que o segurado ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto ocorridos no período de vigência do certificado individual de seguro, com diárias limitadas, conforme previsto no contrato do seguro e no certificado individual. Deverão ser observados os riscos excluídos, o período de franquia e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

2.2. A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro por evento fixado e no certificado individual de seguro.

2.3. Para cálculo do valor da DIT na modalidade de recomposição salarial, a indenização a ser calculada será o resultado da diferença entre o salário líquido de IRRF e o valor recebido pelo INSS, dividido por 30 (trinta). Esta cobertura estará limitada a 100% (cem por cento) da renda média mensal do segurado (líquida de IRRF) dividida por 30 (trinta). Para as apólices com DIT fixa, a indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, deduzindo-se o período de franquia.

2.4. O limite de diárias, o período de carência e a franquia estabelecidos para esta cobertura serão fixados no contrato do seguro e no certificado individual de seguro.

2.5. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela seguradora pela análise dos documentos apresentados no aviso do sinistro, podendo ser solicitada documentação complementar e perícia médica da seguradora.

Pelo mesmo acidente ou doença, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias máximas contratadas por evento.

2.6. Enquanto estiver recebendo as diárias em razão de um sinistro, ainda que ocorra outro sinistro, mesmo que referente a causa de afastamento diversa, o segurado não terá direito ao recebimento das diárias correspondentes a esse novo sinistro, de forma acumulativa.

2.7. O segurado só terá direito às diárias correspondentes a esse novo sinistro se, após a alta médica do tratamento das consequências do primeiro sinistro, ainda estiver impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação em razão do tratamento médico das consequências do segundo sinistro e quando for o caso após prazo de carência e franquia.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, ‘Riscos excluídos’, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

- a) qualquer acidente ou doença que impossibilite o segurado de exercer sua profissão ou ocupação por um período inferior ao estipulado como franquia nas especificações e condições da apólice;
- b) gravidez, parto, aborto e suas consequências, desde que não provocados por acidente pessoal coberto;
- c) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- d) hérnia discal, desde que não provocadas por acidente pessoal coberto e exceto quando houver possibilidade de tratamento cirúrgico;
- e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, geriátricos, emagrecimento estético e para obesidade, e suas consequências, exceto obesidade mórbida;
- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) infecções oportunistas e consequentes doenças;
- h) os distúrbios ou as doenças psiquiátricas ou mentais, de qualquer natureza, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia, nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
- i) epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;
- j) tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- k) cirurgias para esterilização;
- l) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- m) afastamentos em decorrência de doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), de lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER);
- n) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- o) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e/ou com cirrose hepática;
- p) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas ou sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerativas delas consequentes;
- q) luxações recidivas ou instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- r) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protrusões discais degenerativas;
- s) ceratotomia (cirurgia para correções de miopia);
- t) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais;
- u) laserterapia, escleroterapia, microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de telangiectasias.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. A cobertura é válida somente para o diagnóstico da incapacidade em território brasileiro, porém o acidente causador ou doença poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

4.2. O segurado deve exercer suas atividades laborativas em território nacional.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:

a) a data do acidente que provocou a incapacidade temporária por acidente pessoal; ou

b) a data do início do afastamento, no caso de incapacidade temporária por doença.

6. Franquia

6.1. Estabelecida para esta Garantia a aplicação de Franquia, a mesma será definida em período de dias, em no máximo 15 dias, e constará no Contrato, na Proposta de Adesão.

6.2. A franquia será contada a partir da data do sinistro, e considerará sempre dias consecutivos e ininterruptos.

7. Carência

7.1. Estabelecida para esta Garantia a aplicação de Carência, a mesma será definida em período de dias e constará na Apólice, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

7.2. A Carência será contada a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

7.3. A Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela Apólice.

7.4. Não haverá carência para os Sinistros decorrentes de acidente.

8. Cessaçã da cobertura

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 19.1, "Cancelamento da apólice", e 19.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:

a) quando o segurado tiver alta médica;

b) quando forem pagas todas as diárias contratadas para a hipótese de afastamento;

c) se, durante o período de pagamento das diárias, a seguradora reconhecer a invalidez permanente total do segurado.

9. Solicitação de indenização

9.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 9.3 destas condições especiais.

9.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, conforme item 9.3 a seguir, observada a cláusula 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

9.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

- a) formulário de relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
- b) cópia do boletim de ocorrência policial (quando houver registro);
- c) cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT) pela empresa, em caso de acidente de trabalho;
- d) atestado médico original confirmando o afastamento profissional;
- e) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão ou a doença que ocasionou o afastamento das atividades profissionais. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
- f) cópia da comunicação de decisão do INSS do afastamento, na qual consta o período de afastamento;
- g) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; (quando aplicável)
- h) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário (quando aplicável). Não serão aceitas declarações do contador;
- i) requerimento de benefício por incapacidade no qual consta a data do último dia de trabalho;
- j) carta de concessão do benefício emitido pelo INSS;
- k) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

9.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) em diárias.

10. Reintegração de cobertura

10.1. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura de diária por incapacidade temporária é automática após cada afastamento, sem a cobrança de prêmio adicional e desde que não decorrente do mesmo evento.

11. Beneficiários

11.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

12. Disposições gerais

12.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de pessoas coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Anexo II
TABELA DE EVENTOS COBERTOS PARA A COBERTURA DE DITE

Apresentamos a seguir a “Tabela de eventos cobertos” utilizada para pagamento das diárias de incapacidade física temporária.

Na primeira coluna, apresentamos o evento causador do afastamento das atividades profissionais, e nas colunas posteriores, as quantidades de diárias que serão pagas por tipo de afastamento, conforme critérios objetivos abaixo:

- A – Afastamento sem internação hospitalar.
- B – Afastamento com internação hospitalar.
- C – Afastamento com internação hospitalar e cirurgia.

Somente serão indenizados os afastamentos cujas causas estejam expressamente definidas na “Tabela de eventos cobertos”, após o cumprimento da carência e/ou franquia estabelecidas no contrato. Qualquer outro tipo de evento não será indenizado.

15.1. Púrpuras trombocitopênicas e não trombocitopênicas	A	B	C
16. DOENÇAS INFLAMATÓRIAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	00	06	10
16.1. Meningite bacteriana ou por outros micro-organismos, exceto vírus	00	08	15
16.2. Encefalite, mielite e encefalomielite, exceto vírus	00	06	10
16.3. Abscesso intracraniano e intrarraquidiano	00	10	14
16.4. Flebite e tromboflebite dos seios venosos intracranianos	00	06	10
16.5. Coreia Huntington			
16.6. Siringomielia	00	06	10
17. OUTRAS DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO CENTRAL E PERIFÉRICO	00	06	10
17.1. Doenças degenerativas do SNC e espinocerebelares – exceto doença de Parkinson	00	06	10
17.2. Esclerose múltipla	A	B	C
17.3. Doenças desmielinizantes	20	40	60
17.4. Neuralgia do trigêmeo	15	30	45
17.5. Paralisia de Bell	15	30	45
17.6. Polineuropatia idiopática progressiva	15	30	45
17.7. Polioneurite infecciosa aguda	15	30	45
17.8. Miastenia gravis	15	30	45
17.9. Distrofia muscular progressiva	15	30	45
17.10. Mielopatia vascular	15	30	45
17.11. Outras mielopatias	15	30	05
17.12. Epilepsia	15	30	45
17.13. Doença dos neurônios motores aguda, exceto poliomielite	15	30	45
18. DOENÇAS DO APARELHO ÓPTICO	19	38	57
18.1. Descolamento da retina	19	38	57
18.2. Retinósquse e cistos da retina	19	38	57
18.3. Inflamações coriorretinianas sem deslocamento	19	38	57
18.4. Oclusão vascular	19	38	57
18.5. Separação das camadas da retina (quadros agudos)	19	38	57
18.6. Hemorragia e ruptura da coroide	19	38	57
18.7. Deslocamento da coroide	19	38	57
18.8. Iridociclite aguda e subaguda	A	B	C
18.9. Aderências	10	20	30
18.10. Rupturas (traumáticas)	10	30	60
18.11. Glaucoma	10	30	60

18.12. Úlcera da córnea	10	20	60
18.13. Ceratoconjuntivites	10	30	60
18.14. Blefarconjuntivite	10	30	60
18.15. Outras conjuntivites (agudas)	00	30	45
18.16. Dacriadenite	00	30	45
18.17. Neurite óptica	00	30	45
18.18. Esclerite e episclerite	00	10	15
18.19. Transtornos do humor vítreo	00	07	14
18.20. Catarata traumática aguda	A	B	C
19. FERIMENTO DO GLOBO OCULAR	00	25	40
19.1. Laceração ocular	A	B	C
19.2. Rotura do olho com perda parcial de tecido intraocular	07	20	30
19.3. Avulsão do olho	00	20	40
19.4. Perfuração do globo ocular por corpo estranho	A	B	C
20. FERIMENTO DOS ANEXOS DO OLHO	45	45	55
20.1. Laceração total ou parcial da pálpebra e da região periocular	10	20	30
20.2. Ferimento perfurante da órbita	10	20	30
21. DOENÇAS DO APARELHO AUDITIVO	10	20	00
21.1. Pericondrite da orelha	10	30	00
21.2. Mastoidite aguda	5	10	00
21.3. Petrosite	10	15	00
21.4. Doença de Menière	A	B	C
21.5. Labirintite aguda	00	15	20
21.6. Fístula do labirinto	00	15	20
21.7. Otosclerose	A	B	C
21.8. Neurinoma do acústico	00	15	20
22. DOENÇAS DO CORAÇÃO	A	B	C
22.1. Infarto agudo do miocárdio	00	10	15
22.2. Angina do peito	00	20	30
22.3. Aneurisma do coração	A	B	C
22.4. Doença pulmonar aguda do coração – Embolia pulmonar	00	30	40
22.5. Aneurisma da artéria pulmonar	00	30	40
22.6. Pericardite aguda infecciosa	15	30	50
22.7. Endocardite bacteriana aguda e subaguda	A	B	C
22.8. Miocardite aguda	10	60	70
22.9. Hemopericárdio	10	60	70
22.10. Transtornos não reumáticos das válvulas cardíacas	10	20	40
22.11. Excitação atrioventricular anômala	15	30	60
22.12. Taquicardia paroxística supraventricular	15	30	60
22.13. Flutter e fibrilação atrial	15	30	60
22.14. Flutter e fibrilação ventricular	15	30	70
22.15. Cor pulmonale agudo	15	30	60
23. DOENÇAS E LESÕES CEREBROVASCULARES	15	30	60
23.1. Hemorragia subaracnóidea	15	30	60
23.2. Hemorragia intracerebral	15	30	70
23.3. Hemorragia extradural	15	30	70
23.4. Hemorragia subdural	15	30	70
23.5. Estenose e oclusão das artérias pré-cerebrais	15	30	70
23.6. Trombose ou embolia cerebral	15	30	80
23.7. Isquemia cerebral transitória	15	30	70
23.8. Encefalopatia hipertensiva	15	30	70

23.9. Aneurisma cerebral	15	30	70
23.10. Arterite cerebral	15	30	60
23.11. Trombose não piogênica dos seios venosos intracranianos	15	30	60
24. DOENÇAS DAS ARTÉRIAS	15	30	60
24.1. Aneurisma aórtico	15	30	70
24.2. Aneurisma das artérias renal ou ilíaca	15	30	70
24.3. Aneurisma das artérias das extremidades inferiores	15	30	60
24.4. Aneurisma de outras artérias especificadas	15	30	60
24.5. Poliarterite nodosa	15	30	60
24.6. Fístula arteriovenosa adquirida	15	30	60
24.7. Constrição ou estreitamento de artéria	15	30	70
24.8. Hiperplasia da artéria renal	15	30	60
24.9. Síndrome de compressão da artéria celíaca	15	30	60
24.10. Arterites não especificadas	15	30	60
25. DOENÇAS VASCULARES PERIFÉRICAS	15	30	60
25.1. Síndrome de Raynaud	15	30	60
25.2. Tromboangeíte obliterante	02	03	05
25.3. Varizes MMII	15	30	60
26. EMBOLIA E TROMBOSE ARTERIAIS	15	30	60
26.1. Da aorta	15	30	60
26.2. Das artérias das extremidades	15	30	60
26.3. De outras artérias especificadas	15	30	60
27. FLEBITES	15	30	60
27.1. De vasos superficiais	15	30	60
27.2. De vasos profundos	15	30	60
28. EMBOLIAS E TROMBOSES VENENOSAS	15	30	60
28.1. Da veia porta	15	30	60
28.2. Da veia cava	15	30	60
28.3. Da veia renal	15	30	50
28.4. De outras veias especificadas	15	30	80
29. DOENÇAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO	15	30	80
29.1. Doenças das vias respiratórias superiores	15	30	60
29.1.1. Abscesso periamigdaliano	15	30	60
29.1.2. Paralisia das cordas vocais ou da laringe	A	B	C
29.1.3. Laringotraqueíte aguda	02	08	12
29.1.4. Angina estreptocócica	02	10	15
29.1.5. Angina de Vincent	02	10	25
29.1.6. Amigdalite aguda	02	10	25
29.2. Pneumonias	02	04	07
29.2.1. Viral	00	02	10
29.2.2. Pneumocócica	02	05	30
29.2.3. Outras pneumonias bacterianas	02	05	35
29.2.4. Pneumonias ou broncopneumonias causadas por outros micro-organismos especificados	00	00	05
, exceto vírus	02	05	55
29.3. Outras doenças pulmonares	02	05	15
29.3.1. Empiema	02	10	40
29.3.2. Pleuris, exceto causado por tuberculose	02	10	60
29.3.3. Pneumotórax	02	10	60
29.3.4. Abscesso do pulmão e do mediastino	02	10	60
29.3.5. Pneumotórax e hemotórax traumáticos sem menção de ferimento penetrante do tórax	02	10	60
29.3.6. Pneumotórax e hemotórax traumáticos com ferimento penetrante do tórax	02	10	60

29.3.7. Embolia ou trombose pulmonar	A	B	C
29.3.8. Fibrose cística de pulmão	00	20	30
29.3.9. Asma brônquica aguda	03	10	20
30. DOENÇAS DO SISTEMA DIGESTÓRIO	02	00	10
30.1. Doenças das glândulas salivares	00	10	20
30.1.1. Abscesso	A	B	C
30.1.2. Fístula	00	20	30
30.1.3. Sialolitíase	00	20	30
30.2. Doenças dos tecidos moles da boca	00	20	30
30.2.1. Celulite e abscesso	A	B	C
30.2.2. Cistos	00	20	30
30.3. Doenças do esôfago	A	B	C
30.3.1. Esofagite aguda	00	30	50
30.3.2. Úlcera do esôfago	00	30	50
30.3.3. Estenose e estreitamento do esôfago	00	30	70
30.3.4. Perfuração do esôfago	00	30	70
30.3.5. Hérnia diafragmática	00	10	00
30.4. Doenças do estômago	20	30	50
30.4.1. Hemorragias gastresofágicas	A	B	C
30.4.2. Úlcera gástrica, duodenal ou gastrojejunal aguda			
30.4.3. Gastrite e duodenite agudas	00	30	45
30.4.4. Divertículo gástrico	00	30	60
30.4.5. Fístula do estômago ou duodeno	00	30	60
30.4.6. Gastropose	05	10	30
30.5. Doenças do apêndice	05	10	30
30.5.1. Apendicite aguda	05	30	60
30.6. Outras doenças do sistema digestório	05	30	60
30.6.1. Proctocolite idiopática	05	30	60
30.6.2. Insuficiência vascular aguda do intestino	05	30	60
30.6.3. Outras gastroenterites e colites não infecciosas	00	30	45
30.6.4. Obstrução intestinal sem menção de hérnia	00	30	45
30.6.5. Diverticulite aguda do intestino delgado e do cólon	00	10	00
30.6.6. Fissura, fístula e abscesso da região anorretal	15	20	50
30.6.7. Peritonite	A	B	C
30.6.8. Pólipo anal e retal	30	30	30
30.6.9. Prolapso retal	30	30	30
30.6.10. Estenose do reto e do ânus	05	10	15
30.6.11. Hemorroidas	10	10	10
31. DOENÇAS DO FÍGADO, VESÍCULA BILIAR E PÂNCREAS	30	30	30
31.1. Colelitíase com ou sem colecistite aguda	10	10	10
31.2. Colecistite aguda	20	20	20
31.3. Obstrução da vesícula biliar	05	10	15
31.4. Perfuração da vesícula biliar	05	05	05
31.5. Fístula da vesícula biliar	00	05	05
31.6. Colangite	05	10	20
31.7. Obstrução de via biliar	05	05	05
31.8. Perfuração de via biliar	05	05	05
31.9. Fístula de via biliar	05	05	05
31.10. Cisto e pseudocisto do pâncreas	05	05	05
32. DOENÇAS DO SISTEMA URINÁRIO	07	07	07
32.1. Glomerulonefrite aguda	10	10	10

32.2. Insuficiência renal aguda	05	05	05
32.3. Pielonefrite e pionefrose agudas	00	00	20
32.4. Abscesso renal e perinefrético	05	00	15
32.5. Calculose do rim ou do ureter	A	B	C
32.6. Cisto do rim (adquirido)	07	07	07
32.7. Hidronefrose	10	10	10
32.8. Calculose do aparelho urinário	10	10	10
32.9. Cistite aguda	07	07	07
32.10. Obstrução do colo da bexiga	A	B	C
32.11. Fístula enterovesical	05	05	05
32.12. Fístula vesical não classificada em outra parte	05	05	07
32.13. Divertículo da bexiga	A	B	C
32.14. Rotura da bexiga	05	10	10
32.15. Abscesso uretral	00	10	15
32.16. Estenose da uretra traumática	00	15	25
32.17. Fístula uretral	10	10	20
32.18. Divertículo uretral	05	10	10
33. DOENÇAS DO APARELHO GENITAL	10	15	20
33.1. Doenças do aparelho genital masculino	00	00	24
33.1.1. Adenoma prostático	05	10	40
33.1.2. Prostatite aguda	A	B	C
33.1.3. Abscesso da próstata	00	100	120
33.1.4. Cálculo da próstata	00	50	120
33.1.5. Congestão ou hemorragia da próstata	00	50	120
33.1.6. Orquite e epididimite	00	80	100
33.1.7. Vesiculite seminal	00	50	75
33.1.8. Torção de testículo	00	60	80
33.1.9. Varicocele ou hidrocele	00	60	80
33.2. Doenças do aparelho genital feminino	00	60	80
33.2.1. Cisto da glândula de Bartholin	00	60	80
33.2.2. Abscesso da glândula de Bartholin	00	20	60
33.2.3. Ulceração da vulva	00	30	30
33.2.4. Endometriose	00	30	30
33.2.5. Cistos ovarianos	00	30	30
33.2.6. Torção do ovário, do pedículo ovariano ou das tubas uterinas	00	30	30
33.2.7. Pólipo mucoso do colo	00	10	00
33.2.8. Salpingite, ooforite e parametrite	A	B	C
34. DOENÇAS DA MAMA	00	50	90
34.1. Fibroadenose da mama	00	50	90
34.2. Ectasia de dutos mamários	00	50	90
35. DOENÇAS DA PELE	00	50	90
35.1. Linfadenite aguda	00	50	90
35.2. Impetigo	00	50	90
35.3. Cisto pilonidal com abscesso	00	30	80
35.4. Urticária	00	20	80
35.5. Lúpus eritematoso sistêmico	00	50	90
35.6. Esclerodermia	00	20	80
36. DOENÇAS DO APARELHO LOCOMOTOR	00	50	90
36.1. Artrite piogênica (aguda)	A	B	C
36.2. Artrite reumatoide	00	50	100
36.3. Polimiosite	00	40	80

37. DESARRANJOS ARTICULARES DOS JOELHOS	00	30	60
37.1. Meniscectomia via artroscopia	00	30	60
37.2. Sutura de menisco	00	30	40
37.3. Luxação da patela	00	00	40
37.4. Lesão de ligamento(s) colateral(is)	00	00	40
37.5. Lesão de ligamento cruzado anterior	00	00	50
37.6. Lesão de ligamento cruzado posterior	00	00	40
38. OUTROS TRANSTORNOS ARTICULARES	00	20	40
38.1. Lesões osteocondrais	A	B	C
38.2. Coriso intra-articular	00	00	15
38.3. Derrame articular traumático sem etiologia artrósica	00	20	50
38.4. Hemartrose sem etiologia artrósica	00	00	10
39. DORSOPATIAS	A	B	C
39.1. Espondilite anquilosante	00	50	100
39.2. Espondilopatia traumática da coluna vertebral	00	30	60
39.3. Hérnia de disco aguda	00	30	60
39.4. Síndrome pós-laminectomia	A	B	C
39.5. Cervicobraquialgias	00	30	40
39.6. Síndrome cervicocraniana	00	30	40
40. TRAUMATISMOS DE NERVOS E MEDULA ESPINHAL	A	B	C
40.1. Lesão do plexo braquial – 1º atendimento	00	40	80
40.2. Lesão do nervo periférico – mão e pé	00	40	80
40.3. Lesão do nervo periférico radial, ulnar ou mediano	00	40	80
40.4. Lesão do nervo periférico ciático, tibial e fibular	00	20	30
40.5. Síndrome do túnel do carpo não ocupacional	A	B	C
41. TRANSTORNOS MUSCULARES			
41.1. Ruptura muscular	05	10	15
42. TRANSTORNOS DAS SINÓVIAS, DOS TENDÕES DOS LIGAMENTOS	05	10	15
42.1. Sinovite e tenossinovite traumática não ocupacionais	00	10	15
42.2. Ruptura do tendão do calcâneo	03	05	00
42.3. Ruptura de outros tendões	03	05	00
42.4. Ruptura de outros ligamentos	03	05	00
42.5. Síndrome do manguito rotador	A	B	C
43. TRANSTORNOS ÓSSEOS	05	15	25
43.1. Osteomielite hematogênica aguda	10	20	30
43.2. Necrose asséptica cabeça do fêmur	10	20	30
43.3. Cisto ósseo	10	20	30
44. FRATURA DA FACE E DO CRÂNIO			
44.1. Dos ossos malar e maxilar fechada	A	B	C
44.2. Dos ossos malar e maxilar aberta	00	35	45
44.3. Do crânio, fechada, sem menção de lesão intracraniana	00	25	30
44.4. Do crânio, fechada, com lesão intracraniana	00	25	30
44.5. Do crânio, aberta, sem menção de lesão intracraniana	00	35	45
44.6. Do crânio, aberta, com lesão intracraniana	10	30	30
44.7. Fraturas múltiplas atingindo o crânio ou a face com outro ossos, fechada, sem menção de lesão intracraniana	10	30	60
44.8. Fraturas múltiplas atingindo o crânio ou a face com outros ossos, fechada, com lesão intracraniana	00	40	60
44.9. Fraturas múltiplas atingindo o crânio ou a face com outros ossos, fechada, com lesão intracraniana	00	10	30
44.10. Fraturas múltiplas atingindo o crânio ou a face com outros ossos, aberta, com menção de lesão intracraniana	00	05	00
44.11. Fraturas múltiplas atingindo o crânio ou a face com outros ossos, aberta, sem menção de lesão intracraniana	A	B	C
44.12. Fraturas múltiplas atingindo o crânio ou a face com outros ossos, aberta, com menção de lesão intracraniana	00	03	10

lesão intracraniana	00	03	10
44.11. Fratura dos ossos do assoalho da órbita	00	03	10
45. FRATURA DA COLUNA VERTEBRAL	A	B	C
45.1. Sem menção de lesão da medula espinhal (cervical), fechada ou aberta	00	05	10
45.2. Sem menção de lesão da medula espinhal (dorsal ou torácica), fechada ou aberta	00	02	05
45.3. Sem menção de lesão da medula espinhal (lombar), fechada ou aberta	A	B	C
45.4. Sem menção de lesão da medula espinhal (sacroccóccix), fechada ou aberta	00	05	30
45.5. Com lesão da medula espinhal (cervical)	00	05	30
45.6. Com lesão da medula dorsal (torácica)	00	05	30
45.7. Com lesão da medula lombar	00	05	40
46. FRATURA DE COSTELA, ESTERNO, LARINGE E TRAQUEIA	00	05	25
46.1. Da costela	A	B	C
46.2. Do esterno	00	05	30
46.3. Por afundamento de tórax	00	10	50
46.4. Da laringe e traqueia	00	10	40
47. FRATURA DA BACIA	00	10	40
47.1. Do acetábulo	00	10	40
47.2. Do púbis	00	10	40
47.3. Do íliaco	A	B	C
48. FRATURAS DOS MEMBROS SUPERIORES	00	10	40
48.1. Da clavícula e da escápula	A	B	C
48.2. Do úmero (extremidade superior)	00	10	40
48.3. Do úmero (diáfise)	00	10	40
48.4. Do úmero (extremidade inferior)	00	10	10
48.5. Do rádio e da ulna (extremidade superior)	00	10	35
48.6. Do rádio e da ulna (diáfise)	00	10	40
48.7. Do rádio e da ulna (extremidade inferior)	00	05	20
48.8. Fratura dos ossos do carpo	00	15	40
48.9. Fratura de osso do metacarpo	00	10	20
48.10. Fratura de uma ou de várias falanges dos dedos	00	10	25
49. FRATURA DOS MEMBROS INFERIORES	00	10	25
49.1. Do colo do fêmur	00	00	07
49.2. Do fêmur (diáfise)	A	B	C
49.3. Do fêmur (extremidade inferior)	00	10	30
49.4. Da patela	00	10	30
49.5. Da tíbia e da fíbula (extremidade superior)	00	10	30
49.6. Da tíbia e da fíbula (diáfise)	00	10	40
49.7. Do tornozelo	00	10	30
49.8. Do calcâneo	00	10	30
49.9. De outros ossos do tarso e metatarso	00	10	30
49.10. Do hálux	00	10	40
49.11. Dos demais dedos	00	10	30
50. LUXAÇÃO DOS MEMBROS SUPERIORES	00	10	30
50.1. Do ombro, exclui recidivas	A	B	C
50.2. Do cotovelo	10	20	30
50.3. Do punho	00	30	50
50.4. Do polegar ou do indicador	10	10	20
51. LUXAÇÃO DOS MEMBROS INFERIORES	00	10	30
51.1. Do quadril	00	10	30
51.2. Do joelho	00	10	30
51.3. Do tornozelo	00	10	30

51.4. Dos ossos do médio pé	00	10	40
51.5. Do hálux	00	05	10
52. LUXAÇÃO DA COLUNA VERTEBRAL	00	05	20
52.1. Da vértebra cervical sem lesão da medula espinhal	00	05	30
52.2. Da vértebra torácica e lombar sem lesão da medula espinhal	00	05	30
52.3. Da vértebra cervical, torácica e lombar com lesão da medula espinhal	00	05	15
53. ENTORSES E CONTUSÕES	00	05	25
53.1. Sem imobilização	00	05	05
53.2. Com imobilização	00	05	15
54. DEMAIS LESÕES TRAUMÁTICAS	00	05	15
54.1. O afastamento das atividades profissionais comprovadamente causado por outras lesões de origem traumática (ferimentos, lacerações, esmagamentos, queimaduras, intoxicações acidentais etc.), com o segurado submetido à perícia médica, poderá ser indenizado, desde que não sejam as lesões excluídas da cobertura deste seguro, aplicando-se a seguinte limitação:	00	05	20
I.Com internação hospitalar clínica: até 21 (vinte e uma) diárias.	00	05	10
II.Com internação hospitalar cirúrgica: até 35 (trinta e cinco) diárias.	00	05	10
55.DEMAIS DOENÇAS	00	05	10
55.1.O afastamentos das atividades profissionais comprovadamente causado por doenças não constantes na tabela de eventos cobertos (exceto doenças preexistentes e doenças contidas no item 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, será indenizado a partir do 15º (décimo quinto) dia de afastamento e após perícia médica, aplicando-se a seguinte limitação:	00	05	10
I.Sem internação hospitalar: até 15 (quinze) diárias	00	03	05
II.Com internação hospitalar clínica: até 21 (vinte e uma) diárias	00	05	07
III.Com internação hospitalar cirúrgica: até 35 (trinta e cinco) diárias	00	05	05
	00	10	20
1. INFECÇÕES INTESTINAIS AGUDAS	00	00	15
1.1. Cólera	00	00	15
1.2. Febre tifoide e paratifoide	00	00	03
1.3. Gastrenterite por Salmonella ou Shigella	00	05	15
1.4. Septicemia por Salmonella	A	B	C
1.5. Intoxicações alimentares bacterianas (estafilocócica, C. pefrigens, V. parahaemolyticos e outros)	00	00	15
	00	00	15
1.6. Disenteria amebiana aguda sem menção de abscesso	A	B	C
1.7. Outras doenças intestinais agudas causadas por protozoários	00	05	10
1.8. Gastroenterocolites bacterianas agudas	00	05	05
1.9. Infecções intestinais agudas causadas por vírus com menção de disenteria aguda	00	05	15
2. TUBERCULOSES	00	05	00
2.1. Ativa, qualquer forma	00	15	30
2.2. Pleuris tuberculoso na tuberculose primária progressiva	00	15	30
2.3. Outras tuberculoses primárias progressivas	A	B	C
2.4. Tuberculose infiltrativa e nodular do pulmão	00	10	15
2.5. Tuberculose pulmonar com caverna	05	10	10
2.6. Tuberculose dos brônquios	00	15	30
2.7. Pneumonia tuberculosa (qualquer forma)	A	B	C
2.8. Pneumotórax tuberculoso	00	00	10
2.9. Tuberculose dos gânglios linfáticos intratorácicos	00	00	30
2.10. Tuberculose traqueal ou brônquica isolada	30	00	30
2.11. Laringite tuberculosa	20	00	00
2.12. Meningite tuberculosa	15	00	45

2.13. Tuberculoma das meninges	15	00	45
2.14. Outras tuberculoses das meninges e do sistema nervoso central	A	B	C
2.15. Tuberculose do intestino, do peritônio e dos gânglios mesentéricos	00	00	40
2.16. Tuberculose dos ossos e das articulações	00	00	15
2.17. Tuberculose do aparelho urogenital	10	10	10
2.18. Tuberculose de outros órgãos	10	10	10
2.19. Tuberculose miliar aguda	A	B	C
3. ZOONOSES E OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS	10	20	20
3.1. Difteria	00	10	15
3.2. Meningite meningocócica	20	30	50
3.3. Meningococemia	00	05	30
3.4. Síndrome de Waterhouse-Friederichsen (meningocócica)	00	00	30
3.5. Cardite meningocócica	00	00	30
3.6. Tétano	A	B	C
3.7. Septicemia	15	00	40
3.8. Gangrena gasosa	00	00	10
3.9. Doença de Whipple	00	00	30
3.10. Infecção bacteriana não especificada	00	00	40
3.11. Erisipela ou celulite	00	00	15
4. INFECÇÕES ACTINOMICÓTICAS	A	B	C
4.1. Infecções actinomicóticas	00	00	20
5. VIROSES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	A	B	C
5.1. Meningite viral	05	05	30
5.2. Encefalites e/ou mielites virais	00	00	40
6. OUTRAS DOENÇAS VIRÓTICAS	15	00	25
6.1. Hepatite viral	15	00	20
6.2. Orquite por caxumba	00	00	25
6.3. Herpes zóster ou simples com complicações oftalmológicas	A	B	C
6.4. Varicela	15	40	90
6.5. Parotidite epidêmica	05	10	45
6.6. Rubéola	00	00	20
6.7. Febre amarela	A	B	C
7. RICKETTSIOSES E OUTRAS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ARTRÓPODES	20	40	50
7.1. Tifo	20	50	70
7.2. Outras rickettsioses	20	30	50
8. TRIPANOSSOMÍASE	20	40	70
8.1. Doença de Chagas	20	40	60
9. OUTRAS DOENÇAS	20	50	80
9.1. Leptospirose	20	50	60
9.2. Sarcoidose			
10. MICOSES	20	50	70
10.1. Coccidiodomicose			
10.2. Histoplasmose aguda e aguda progressiva	20	50	70
10.3. Blastomicose			
11. NEOPLASMAS MALIGNOS	20	50	80
11.1. Dos tecidos e gânglios linfáticos			
11.2. Dos tecidos hematopoiéticos	10	15	20
11.3. Do lábio	A	B	C
11.4. Da língua	45	45	60
11.5. Das glândulas salivares	45	45	60
11.6. Da gengiva	45	45	60

11.7. Da boca	20	30	30
11.8. Da orofaringe	120	120	120
11.9. Da nasofaringe	120	120	120
11.10. Da hipofaringe	120	120	120
11.11. Do esôfago	A	B	C
11.12. Do estômago	05	10	10
11.13. Do intestino delgado	08	08	24
11.14. Do cólon	15	30	45
11.15. Do reto	10	10	20
11.16. Do fígado	A	B	C
11.17. Das vias biliares	30	60	90
11.18. Do pâncreas	15	30	45
11.19. Do peritônio e retroperitônio	15	30	60
11.20. De outros órgãos digestivos	A	B	C
11.21. Das fossas nasais e seios da face	25	25	50
11.22. Da laringe	30	30	60
11.23. Da traqueia	45	45	45
11.24. Dos brônquios	30	30	45
11.25. Dos pulmões	25	25	35
11.26. Da pleura	45	45	45
11.27. Do timo	45	45	45
11.28. Do coração	35	35	45
11.29. Do mediastino	25	25	35
11.30. De ouvido	15	15	30
11.31. Da mastoide	A	B	C
11.32. Dos ossos	30	30	60
11.33. Das articulações	30	30	60
11.34. Da pele	30	30	60
11.35. Da mama	30	30	30
11.36. Do útero	30	30	45
11.37. Do ovário	30	30	45
11.38. Dos anexos uterinos	30	30	40
11.39. Dos órgão genitais femininos	30	30	45
11.40. Da próstata	20	20	30
11.41. Do pênis	10	10	25
11.42. Do testículo	10	10	20
11.43. Da bexiga	A	B	C
11.44. Do rim	30	30	40
11.45. De outros órgãos urinários	30	30	40
11.46. Do olho	30	30	40
11.47. Do cérebro	10	10	10
11.48. De outras partes do sistema nervoso	A	B	C
11.49. Da tireoide	40	40	60
11.50. De outras glândulas endócrinas	30	30	40
12. NEOPLASMAS BENIGNOS	30	30	40
12.1. Dos lábios, da boca e da faringe	20	20	40
12.2. De outras partes do aparelho digestório	10	10	10
12.3. Dos órgãos respiratórios e intratorácicos	A	B	C
12.4. Dos ossos e das cartilagens articulares	30	30	50
12.5. Do tecido conjuntivo e de outros tecidos moles	30	30	50
12.6. Da mama	40	40	60

12.7. Leiomioma uterino e outros neoplasmas benignos dos órgãos genitais femininos	A	B	C
12.8. Do rim e de outros órgãos do aparelho urinário	02	00	00
12.9. Do olho exceto conjuntiva	07	00	00
12.10. Do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso	A	B	C
12.11. Das glândulas tireoides e paratireoides	00	21	35
12.12. Da glândula suprarrenal			
12.13. Da hipófise e conduto craniofaríngeo			
12.14. Da pineal			
12.15. Do glomo carotídeo			
12.16. Do corpúsculo aórtico e outros paragânglios			
12.17. De outras glândulas endócrinas			
13. TRANSTORNO DA TIREOIDE	A	B	C
13.1. Tireotoxicose sem menção de bócio ou outra causa	15	21	35
13.2. Tireoidite aguda e subaguda			
13.3. Cisto da tireoide			
13.4. Hemorragia e infarto da tireoide			
14. ANEMIAS			
14.1. Anemias hemolíticas autoimunes			
14.2. Anemia aplásica			
14.3. Policitemia			
15. PÚRPURA			