

SEGURO DE PESSOAS

Plano Coletivo - Capital Global

CONDIÇÕES GERAIS E
ESPECIAIS DO PRODUTO



Dezembro/2025

GLOSSÁRIO

1.	DAS TERMINOLOGIAS DO SEGURO	7
----	-----------------------------------	---

CONDIÇÕES GERAIS

1.	OBJETIVO DO SEGURO	12
2.	COBERTURAS	12
3.	ÂMBITO DE COBERTURA	13
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	13
5.	CAPITAL SEGURADO GLOBAL	14
6.	CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL	14
7.	GRUPO SEGURÁVEL	15
8.	GRUPO SEGURADO	15
9.	ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO	16
10.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	18
11.	ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO	19
12.	INCLUSÃO DE SEGURADOS	19
13.	CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO INDIVIDUAL DE SEGURADOS	19
14.	INÍCIO DA GARANTIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO	20
15.	CARÊNCIAS E FRANQUIAS	20
16.	DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)	21
17.	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO	21
18.	CUSTEIO DO SEGURO	22
19.	CRITÉRIO PARA FIXAÇÃO DA TAXA DO PRÊMIO E REENQUADRAMENTO	22
20.	PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO	22
21.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	22
22.	OCORRÊNCIA DE SINISTROS	24
23.	RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	26
24.	JUNTA MÉDICA	27
25.	PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	27

26.	CANCELAMENTO DO SEGURO.....	29
27.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	30
28.	PRESCRIÇÃO.....	30
29.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	30
30.	FORO CONTRATUAL.....	30

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS

COBERTURA DE MORTE

1.	OBJETIVO DA COBERTURA.....	31
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	31
3.	CAPITAL SEGURADO	31
4.	BENEFICIÁRIO.....	31
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	31
6.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	32

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1.	OBJETIVO DA COBERTURA.....	33
2.	CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL	33
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	33
4.	CAPITAL SEGURADO	33
5.	BENEFICIÁRIO.....	34
6.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	34
7.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	34

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1.	OBJETIVO DA COBERTURA.....	36
2.	CONCEITOS.....	36
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	42

4.	CAPITAL SEGURADO	42
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	43
6.	DISPOSIÇÕES GERAIS	43

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

1.	OBJETIVO DA COBERTURA.....	44
2.	CONCEITOS.....	44
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	47
4.	CAPITAL SEGURADO	48
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	48
6.	COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ.....	49
7.	PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	52
8.	CANCELAMENTO DA COBERTURA	52
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	52

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1.	OBJETIVO DA COBERTURA.....	53
2.	COBERTURAS	53
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	53
4.	BENEFICIÁRIOS	53
5.	CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO	53
6.	CAPITAL SEGURADO	54
7.	OCORRÊNCIA DE SINISTRO	54
8.	CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	54
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	54

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHO(S)

1.	OBJETIVO DA COBERTURA.....	55
2.	DEFINIÇÃO DE FILHOS.....	55
3.	COBERTURAS	55
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	55
5.	CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO	56
6.	CAPITAL SEGURADO	56
7.	BENEFICIÁRIO.....	56
8.	OCORRÊNCIA DE SINISTRO	56
9.	CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL.....	56
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	57

CONDIÇÃO ESPECIAL DO SEGURO DE PESSOAS
COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA CONGÊNITA DO FILHO

1.	OBJETIVO DA COBERTURA.....	58
2.	CONCEITO	58
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	58
4.	GRUPO SEGURADO	59
5.	CAPITAL SEGURADO	59
6.	CONDIÇÕES DE COBERTURA	59
7.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	59
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	60

CONDIÇÃO ESPECIAL DO SEGURO DE PESSOAS
COBERTURA AUXÍLIO FUNERAL

1.	OBJETIVO DA COBERTURA.....	61
2.	RISCO COBERTO	61
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	61

4.	CAPITAL SEGURADO	61
5.	CARÊNCIA	61
6.	INDENIZAÇÃO	62
7.	DISPOSIÇÕES GERAIS	62

CONDIÇÃO ESPECIAL DO SEGURO DE PESSOAS

COBERTURA DE CESTA BÁSICA

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	63
2.	RISCOS COBERTOS	63
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	63
4.	CAPITAL SEGURADO	63
5.	CARÊNCIA	63
6.	BENEFICIÁRIO	63
7.	FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	64
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS	64

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS

COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	65
2.	GARANTIA AO ESTIPULANTE	65
3.	RISCO COBERTO	65
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	66
5.	CAPITAL SEGURADO	66
6.	CARÊNCIA	66
7.	DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	66
8.	BENEFICIÁRIO	66
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	67

GLOSSÁRIO

Ficam a seguir definidos os termos técnicos utilizados neste contrato:

1. DAS TERMINOLOGIAS DO SEGURO

Aceitação do Risco: ato de aprovação pela OMINT Seguros da Proposta de Contratação efetuada pelo Proponente Estipulante, para cobertura de seguro de determinado(s) risco(s), após análise.

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

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

Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com esses fatores, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, , 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, exceto quando for comprovado que derivam diretamente do trabalho do segurado; e

- d) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidade acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.**

Agravamento de Risco: toda e qualquer ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance de ocorrência de sinistro.

Apólice de Seguro: contrato de seguro, firmado entre o Estipulante e a OMINT Seguros, formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s), com base nas informações fornecidas na Proposta de Contratação, sendo composto pelas respectivas Condições Gerais e Especiais do Seguro, que fixam os direitos e obrigações do Segurado, da Seguradora e do(s) Beneficiário(s).

Ato Doloso: ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

Ato Ilícito: toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um sinistro feita pelo Segurado à OMINT Seguros assim que dele tenha conhecimento. É o documento fornecido ao Corretor de Seguros para ser entregue ao Estipulante, Segurado ou Beneficiário para o devido preenchimento, devolvendo com os documentos básicos solicitados nas Condições Gerais e Especiais, quando da ocorrência de um evento. É o documento obrigatório para que seja feita a comunicação formal da ocorrência do sinistro.

Beneficiário(s): a(s) pessoa(s) designada(s) pelo Segurado Titular para receber o valor do Capital Segurado na ocorrência da sua morte.

Boa-fé: conduta honesta em que devem se pautar o Segurado e a OMINT Seguros, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios e convictos de que atuam em conformidade com a lei.

Cancelamento: dissolução antecipada do contrato de seguro.

Capital Segurado: importância máxima estabelecida para cada cobertura, a ser paga pela OMINT Seguros em caso de ocorrência de evento coberto por este Seguro. O valor do Capital Segurado será pactuado na Proposta de Contratação do Seguro, preenchida e assinada pelo Estipulante.

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.

Certificado Individual do Seguro: documento destinado ao Segurado, emitido pela OMINT Seguros quando da aceitação, renovação, alteração de valores do Capital Segurado ou prêmio do Seguro.

Coberturas: diversas garantias passíveis de contratação disponibilizadas pela OMINT Seguros, definidas nas Condições Especiais. As Coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente da Apólice de Seguro.

Condições Contratuais: representam as Condições Gerais e Condições Especiais de um mesmo seguro, incluindo aquelas previstas na Proposta de Contratação e no Certificado Individual.

Condições Especiais: conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura do seguro, que eventualmente alteram e prevalecem sobre as Condições Gerais.

Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

Contrato de Seguro: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a OMINT Seguros, que estabelece as peculiaridades da contratação de seguro e fixa os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, do Segurado e do(s) Beneficiário(s).

Corretor de Seguros: pessoa física ou jurídica legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e o Segurado. É um profissional autônomo escolhido pelo Segurado e/ou pelo seu representante legal junto à Seguradora.

Dano Estético: qualquer dano físico/corporal causado à pessoa que, embora não acarrete sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, implique em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou de estética.

Data de Exigibilidade: data de caracterização do sinistro, definida de acordo com as Condições Especiais de cada uma das coberturas contratadas na Apólice.

Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, no qual o médico-assistente ou algum outro médico escolhido pelo Segurado ou pelos Beneficiários emite sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Doenças ou Lesões Preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de qualquer alteração evidente do seu estado de saúde que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro e que poderá ser identificada pela OMINT Seguros por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais ou quaisquer outros meios.

Endosso: documento expedido pela OMINT Seguros, a pedido do Estipulante e/ou Segurado, durante a vigência da Apólice, pelo qual a Seguradora aceita a alteração de dados, modificação de condições, coberturas ou Beneficiários.

Estipulante: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

Evento Coberto: acontecimento futuro e incerto, previsto nas Coberturas do seguro, ocorrido durante a sua vigência e não excluído nas Condições Gerais ou Especiais do contrato de seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s).

Franquia: período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização.

Grupo Segurado: conjunto dos componentes do Grupo Segurável que foram aceitos e incluídos no seguro.

Grupo Segurável: aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantém vínculo com o Estipulante, que podem aderir ou serem incluídas no seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais.

Indenização: pagamento efetuado pela OMINT Seguros ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), quando da ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do contrato de seguro.

Médico Assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc) para quem interessar, sob autorização do paciente. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nesses casos nenhuma indenização por parte da OMINT Seguros.

Natimorto: criança que, ao nascer, já se encontra morta.

Período de Cobertura: período durante o qual o Segurado ou Beneficiário(s) quando for o caso, fará(ão) jus ao capital contratado.

Prêmio: valor pago à OMINT Seguros em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

Processo SUSEP: procedimento pelo qual o Produto é registrado na SUSEP, não implicando, porém, em incentivo ou recomendação à sua comercialização por parte da autarquia.

Proponente: pessoa física ou jurídica interessada em contratar a(s) cobertura(s) do seguro ou aderir ao contrato.

Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco em que o Estipulante, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar cobertura(s) direcionada(s) às pessoas a ele vinculadas, declarando ter tido prévio e pleno conhecimento das Condições Gerais e Especiais da Apólice.

Regime Financeiro de Repartição Simples: aquele por meio do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados num determinado período.

Regulação de Sinistro: conjunto de procedimentos realizados após a ocorrência de um sinistro e respectivo aviso para apuração de suas causas e demais circunstâncias envolvidas, com a finalidade de verificar a caracterização de evento e seu enquadramento no seguro.

Reintegração do Capital Segurado: recomposição do capital segurado após ocorrência de sinistro coberto.

Renovação: recondução da Apólice de Seguro por novo período, geralmente por meio da emissão de nova Apólice, nas mesmas condições que vigoravam anteriormente, ou sob novas condições, neste último caso sempre que tenha havido alterações no objeto do seguro, no interesse segurado ou nas bases tarifárias do seguro.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pela apólice de seguro.

Seguradora: empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.

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

Sinistro: ocorrência de risco coberto durante o período de vigência do Contrato de Seguro.

Vigência da Apólice: período de tempo compreendido entre a data de início e de término do Contrato de Seguro firmado com o Estipulante.

CONDIÇÕES GERAIS

A OMINT Seguros institui o Seguro de Pessoas – Coletivo – Capital Global, descrito nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais.

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir, de acordo com a(s) Cobertura(s) constante(s) na Apólice, indicada(s) nas Propostas de Contratação, o pagamento do Capital Segurado ao próprio Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), em função da ocorrência de Evento Coberto, durante o período de Vigência da Apólice e mediante o pagamento do Prêmio correspondente, respeitado o disposto nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas disposições legais aplicáveis.

1.2. O Prêmio deste seguro é integralmente pago pelo Estipulante, não havendo qualquer contribuição dos Segurados.

2. COBERTURAS

2.1. As Coberturas **passíveis** de contratação para este seguro são as abaixo mencionadas, respeitadas as conjugações oferecidas pela OMINT Seguros e os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais:

- a) **cobertura de morte**
- b) **cobertura de morte acidental**
- c) **cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente**
- d) **cobertura de invalidez funcional permanente e total por doença**
- e) **cláusula suplementar de inclusão de cônjuge**
- f) **cláusula suplementar de inclusão de filho(s)**
- g) **cobertura de invalidez por doença congênita do filho**
- h) **cobertura de auxílio funeral**
- i) **cobertura de cesta básica**
- j) **cobertura de rescisão trabalhista**

2.2. As Coberturas acima referidas poderão ser contratadas isoladamente, exceto as Cláusulas suplementares.

2.3. Para menores de 14 (quatorze) anos, é permitida exclusivamente a contratação da Cobertura de Auxílio Funeral, na forma de reembolso de despesas com funeral.

3. ÂMBITO DE COBERTURA

3.1. As Coberturas contratadas serão aplicáveis em âmbito geográfico mundial.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos das coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a)** direta ou indireta, resultantes de, ou para os quais tenham contribuído radiações ionizantes de contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, ou de resíduo nuclear, resultante de combustão de material nuclear, bem como os direta ou indiretamente causados por armas nucleares, ficando ainda entendido que, para fins desta exclusão, a palavra combustão abrangerá qualquer processo auto sustentador de fusão nuclear;
- b)** de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, rebelião, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes, greves, tumultos, motins, locaute ("lock-out"), exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio a outrem;
- c)** de doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, que eram de conhecimento do Segurado no momento da contratação, inclusive as congênicas, e não foram informadas, se assim questionado;
- d)** da morte do Segurado provocada por epidemia ou pandemia declarada pela autoridade competente;
- e)** de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir da data do início da vigência do seguro;
- f)** de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- g)** tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

- h) **direta ou indiretamente de ato terrorista, cabendo à OMINT Seguros comprovar com toda documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independentemente do seu propósito, e desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;**
- i) **da prática de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro;**
 - i.1. **Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item “i” acima se aplica aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes legais;**
- j) **de acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em apostas ou rachas, exceto na prática de esportes e nos casos em que o Segurado tenha comunicado tal prática à OMINT Seguros e esta tenha expressamente aceitado o risco;**
- k) **de acidentes ocorridos em que o Segurado, na condição de condutor do veículo ou equipamento que requeira aptidão, não possua habilitação legal para tanto.**

5. CAPITAL SEGUADO GLOBAL

5.1. Para fins deste seguro, Capital Segurado global é o valor total estabelecido na Apólice e na Proposta de Contratação Empresarial, no início da Vigência do seguro, para garantir os valores das Coberturas contratadas para todo o Grupo Segurado (sócios, diretores e/ou empregados), podendo sofrer alterações, a pedido do Estipulante, para adequar-se à variação do número de vidas seguradas em decorrência de inclusões e exclusões de segurados do Grupo Segurado, durante a vigência da Apólice, observadas as normas destas Condições Gerais.

5.2. O Capital Segurado global de cada Cobertura e para cada categoria funcional contratada, caso seja indicada tal diferenciação, será estabelecido na Apólice.

5.3. O Capital Segurado Global e Prêmio serão atualizados na forma prevista na Cláusula 17 (Atualização Monetária do Capital Segurado Global).

6. CAPITAL SEGUADO INDIVIDUAL

6.1. O Capital Segurado individual é determinado, na data do Evento Coberto, pela divisão do valor do Capital Segurado global contratado pelo Estipulante, conforme opção estabelecida na Proposta de Contratação, previsto para o Grupo no qual o Segurado está inserido, caso existente mais de um Grupo na Apólice, pelo número de Segurados ativos e afastados que compõem tal Grupo.

6.2. Conforme especificação na Apólice, poderá ser previsto Capital Segurado global diferenciado para o Grupo de Empregados e para o Grupo de Sócios e Diretores, em conformidade com os **subitens 6.3 e 6.4 e Cláusula 7 (Grupo Segurável).**

6.3. Capital Segurado para o Grupo de Empregados

6.3.1. O Capital Segurado Individual para o Grupo de Empregados corresponderá ao resultado da divisão do Capital Segurado Global pelo total de empregados existentes na Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações a Previdência Social (GFIP) do mês que anteceder o evento coberto.

6.4. Capital para o Grupo de Sócios e/ou Diretores:

6.4.1. O Capital Segurado Individual para o Grupo de Sócios e/ou Diretores corresponderá ao resultado da divisão do Capital Segurado Global contratado pelo total de Sócios e/ou Diretores, integrantes do Contrato Social ou da última alteração contratual na data do evento coberto.

7. GRUPO SEGURÁVEL

- a) **Segurados Titulares:** aquelas pessoas físicas que mantêm vínculo empregatício ou societário com o Estipulante, isto é, sejam empregados, sócios ou diretores;
- b) **Segurados Dependentes:** os cônjuges/companheiros(as), filhos e enteados considerados dependentes do Segurado Titular pela Legislação do Imposto de Renda.

7.1. É facultada à OMINT Seguros a solicitação, a qualquer tempo, de apresentação de documentação que comprove as condições acima estabelecidas, bem como outros documentos que julgar necessários.

7.2. Entende-se como “Grupo Segurável de Empregados” as pessoas que possuem vínculo empregatício com o Estipulante em função de contrato de trabalho, independente da função ou cargo que exercem, tais como diretores, superintendentes, gerentes, funcionários administrativos e operacionais.

7.3. Entende-se como “Grupo de Sócios e Diretores” as pessoas vinculadas ao Estipulante em razão de fazerem parte do Contrato Social ou de sua última alteração contratual.

8. GRUPO SEGURADO

8.1. É o conjunto dos componentes do Grupo Segurável, desde que aceitos e incluídos na Apólice, cuja(s) cobertura(s) contratada(s) esteja(m) em vigor, observando-se as situações previstas nas **Cláusulas 12** (Inclusão de Segurados) e **13** (Condição para Aceitação Individual de Segurados) destas Condições Gerais.

9. ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

9.1. Recebida a Proposta de Contratação Empresarial assinada pelo Estipulante e/ou Corretor de seguros, com todos os dados obrigatórios preenchidos e entregues, a mesma será integralmente aceita abrangendo todas as coberturas, caso a OMINT Seguros sobre ela não se manifeste formalmente no prazo de 25 (vinte e cinco) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.

9.1.1. A contagem do prazo de 25 (vinte e cinco) dias acima referido será interrompida nos casos em que seja necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco e terá novo início a partir da data em que se der a entrega da documentação.

9.2. Após a aceitação do risco pela OMINT Seguros, será emitida a Apólice, com as respectivas Condições Gerais e Especiais, sendo que:

- a)** a inclusão dos proponentes segurados no Grupo de Empregados será feita por meio do envio da Guia de Recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações a Previdência Social (GFIP), com todos seus anexos, impressa ou em mídia magnética, e, no Grupo de Sócios e/ou Diretores, mediante envio do Contrato Social com a sua última alteração, pelo Estipulante, a fim de comprovar alteração na composição do Grupo Segurado.
- b)** a OMINT Seguros fornecerá ao Estipulante o protocolo que identificará a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento, e procederá à análise de aceitação ou recusa, de acordo com a **Cláusula 13** (Condição para Aceitação Individual de Segurados) destas Condições Gerais.

9.3. Após a implantação do seguro, o Estipulante deverá informar as alterações no Grupo Segurado por intermédio da Guia de Recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações a Previdência Social (GFIP), com todos seus anexos, impressa ou em mídia magnética.

9.3.1. Por se tratar de seguro de Capital Segurado global, não haverá emissão de Certificado Individual.

9.4. No caso de não aceitação da Proposta de Contratação Empresarial, a OMINT Seguros deverá, no prazo de 25 (vinte e cinco) dias, comunicar por escrito ao Estipulante, informando o(s) motivo(s) da recusa e:

- a)** caso tenha havido pagamento antecipado do Prêmio, o valor será restituído ao Estipulante no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a partir do momento da formalização da recusa, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura;
- b)** o valor devido será atualizado monetariamente pelo índice definido nas condições contratuais, a contar da data da formalização da recusa até a data efetiva da restituição, de acordo com a legislação em vigor.

9.5. O Estipulante tem como obrigação durante a Vigência da Apólice:

- a) fornecer à OMINT Seguros todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas, incluindo dados cadastrais;
- b) fornecer ao Segurado, sempre que solicitada, qualquer informação relativa ao Contrato de Seguro;
- c) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos relativos à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- d) discriminar o nome da Seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;
- e) comunicar de imediato à OMINT Seguros tão logo tome conhecimento da ocorrência de qualquer Sinistro ou expectativa de Sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- f) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- g) comunicar de imediato à SUSEP qualquer procedimento que considerar irregular quanto ao seguro contratado;
- h) fornecer para a SUSEP qualquer informação solicitada dentro do prazo por ela especificado;
- i) informar o nome da Seguradora, bem como o percentual de participação das congêneres no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do próprio Estipulante;
- j) cabe ainda ao Estipulante pagar pontualmente o prêmio, fornecer a documentação relacionada na Cláusula 23 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) e informar a Seguradora sobre a quantidade de vidas para determinação do Capital Segurado global e individual do Grupo Segurado;
- k) não incluir no Grupo Segurado pessoas que não possuem condição de ingresso na Apólice, sob pena de arcar com as consequências deste ato e;
- l) comunicar imediatamente a seguradora em caso de não atingimento do índice mínimo de adesão, previsto na Cláusula nº 11.2, durante a Vigência da Apólice.

9.6. Qualquer alteração no Contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante Aditivo/ Proposta assinada pelo Estipulante ou seu representante legal, ressalvada a questão de alteração de Beneficiários, que somente poderá ser efetuada mediante autorização por escrito do Segurado.

9.6.1. Qualquer alteração que implique em ônus, dever ou redução de direitos para os Segurados dependerá da anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

9.7. Nenhuma alteração nesses documentos será válida se não for feita por escrito com a concordância das partes contratantes.

9.7.1. Para todos os efeitos de direito, a OMINT Seguros somente tomará conhecimento das circunstâncias expressamente declaradas pelo Estipulante na Proposta de Contratação.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

10.1. A Vigência do seguro poderá ser anual ou plurianual e o respectivo período será definido na Apólice.

10.2. O início de Vigência é contado a partir das 24 (vinte quatro) horas da data constante na Apólice de Seguro emitida pela OMINT Seguros e seu término ocorre às 24 (vinte e quatro) horas do dia consignado como final do contrato, inclusive nos Endossos correspondentes.

10.3. A OMINT Seguros providenciará a emissão da Apólice ou do Endosso no prazo de 30 (trinta) dias, a partir da data de aceitação da Proposta de Contratação.

10.4. A Proposta de Contratação Empresarial recepcionada sem adiantamento de prêmio terá o seu início de Vigência de Cobertura na data de aceitação da Proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice.

10.5. A Proposta de Contratação Empresarial recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento do prêmio, desde que aceita, terá seu início de vigência na data em que a OMINT Seguros receber a Proposta assinada pelo Proponente/Estipulante.

10.5.1. A cobertura provisória concedida durante a análise da proposta não obriga a seguradora à aceitação definitiva do risco.

10.6. Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

10.7. Na Renovação da Apólice, deverá ser observado o seguinte:

10.7.1. A Apólice poderá ser renovada automaticamente uma única vez pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas na **Cláusula 26** (Cancelamento do Seguro) destas Condições Gerais.

10.7.1.1. A Renovação automática a que se refere o **item 10.7.1** desta Cláusula não se aplicará quando a OMINT Seguros ou o Estipulante comunicarem desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio com antecedência de no mínimo 30 (trinta) dias do final de vigência da Apólice.

10.7.2. Feita uma Renovação automática, as renovações seguintes deverão ter anuência expressa do Estipulante, desde que não impliquem em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados, ou a redução dos seus direitos.

10.7.3. Para a Proposta de Renovação, aplicam-se os mesmo prazos e procedimentos de aceitação indicados na **Cláusula 9** (Aceitação e Manutenção do Seguro) destas Condições Gerais.

10.7.4. No momento da Renovação da Apólice, o Estipulante deve fornecer à Seguradora a Guia de Recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações a Previdência Social (GFIP) referente ao mês da renovação, com todos seus anexos, bem como o Contrato Social acompanhado de sua última alteração.

10.8. Este seguro é por prazo determinado, tendo a OMINT Seguros a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da Apólice, ou estabelecer novas condições para renovação do seguro.

11. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO

11.1. O índice de adesão é a relação entre o número de Segurados e o total de componentes do Grupo Segurável.

11.2. O índice mínimo de adesão para implantação e manutenção da Apólice será fixado em cada caso na Proposta de Contratação Empresarial e nas Condições Contratuais.

12. INCLUSÃO DE SEGURADOS

12.1. Serão incluídos no seguro somente os Segurados Titulares e seus dependentes, conforme Proposta de Contratação anexada da GFIP do mês que anteceder o início do risco e Contrato Social, acompanhado de sua última alteração, desde que observadas as condições de aceitação estabelecidas na Apólice e nestas Condições Gerais.

13. CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO INDIVIDUAL DE SEGURADOS

13.1. Somente poderão ser incluídas no seguro pessoas pertencentes ao Grupo Segurável, que, na data estabelecida para início de vigência do risco individual:

- a) estejam em boas condições de saúde e em plena atividade profissional/laborativa, sendo que as Condições Contratuais poderão prever a possibilidade de ingresso de aposentados por tempo de serviço ou idade;
- b) não estejam afastados do trabalho, independentemente do motivo; e
- c) tenham idade dentro dos limites estabelecidos nas Condições Contratuais da Apólice na data do início da vigência individual do seguro.

13.2. Cabe ao Estipulante informar à Seguradora os nomes dos Segurados portadores de deficiência, ressaltando o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação da responsabilidade da OMINT Seguros.

13.3. Somente serão aceitas no seguro as pessoas pertencentes ao Grupo Segurável que não estiverem afastadas do trabalho na data fixada para início do respectivo risco individual por motivo de doença ou acidente.

13.4. Em relação aos Segurados, admitidos no início do seguro e posteriormente afastados para tratamento de saúde em decorrência de doença, deverá haver o recolhimento dos prêmios normalmente à Seguradora.

13.4.1. É vedado ao Segurado afastado toda e qualquer alteração de capital decorrente de aumento por promoção durante todo o período de seu afastamento.

14. INÍCIO DA GARANTIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO

14.1. O início do Período de Cobertura individual ocorrerá às 24 (vinte e quatro) horas do dia da admissão do empregado ou da data de inclusão no Contrato Social para os Sócios e Diretores, no decorrer da vigência do seguro.

15. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

15.1. A OMINT Seguros pode estabelecer Carência ou Franquia para determinadas Coberturas, as quais deverão ser expressamente indicadas na Apólice e nas Condições Contratuais.

15.1.1. O período de Carência será contado a partir do início de Vigência da Cobertura individual ou da sua recondução depois de suspenso, bem como sobre os aumentos de capitais solicitados após o início de vigência individual, sendo as Coberturas e o período de Carência, quando aplicável, estabelecidos no Contrato e nas Propostas. O período de Carência máximo será de 2 (dois) anos, não podendo exceder metade do prazo de Vigência da Apólice.

15.1.2. No caso de migração de Apólice, não será reiniciada a contagem de novo prazo de Carência para os Segurados já incluídos na Apólice anterior em relação às Coberturas e respectivos capitais já contratados.

15.1.3. Não haverá Carência para os Sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio, que, na forma do art. 120 da Lei nº 15.040/2024, é de 2 (dois) anos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou sua recondução depois de suspenso, bem como sobre os as parcelas aumentadas dos capitais solicitados após o início de vigência individual.

15.2. Adotada a Carência, ao Estipulante e/ou Segurado fica assegurada a prorrogação automática da Apólice por período correspondente, no mínimo, à carência fixada, respeitada a prerrogativa de seu cancelamento pela Seguradora por impossibilidade de manutenção do grupo, nos termos do disposto na **Cláusula 26 (Cancelamento do Seguro) destas Condições Gerais.**

16. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

16.1. É facultado **exclusivamente** ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s), mediante comunicação escrita à OMINT Seguros, ressalvadas as restrições legais.

16.2. Não sendo instituído Beneficiário pelo Segurado, ou se não prevalecer a indicação feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do Segurado, conforme disposto no art. 115 da Lei nº 15.040/2024.

16.3. É válida a instituição de companheiro(a) como Beneficiário(a) se, ao tempo do contrato, o Segurado era solteiro, separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato (artigo 115, § 2º, da Lei nº 15.040/2024).

16.4. A substituição do(s) Beneficiário(s) só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade e se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação.

16.5. Será considerada, em caso de Sinistro, a última alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado, desde que recebida pela OMINT Seguros antes da ocorrência do sinistro.

16.6. Se a OMINT Seguros não for cientificada até o período estabelecido no **item 16.5** desta Cláusula, quanto à substituição de Beneficiário(s), desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo Beneficiário.

16.7. Na hipótese de morte simultânea (Comoriência) do Segurado e do(s) Beneficiário(s), a indicação do Beneficiário será considerada ineficaz, conforme disposto no art. 115, §1º da Lei nº 15.040/2024, e o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do Segurado, observando-se a regra geral prevista no caput do mesmo artigo.

17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

17.1. O Capital Segurado global e por consequência, o respectivo Prêmio e o Capital Segurado individual, serão atualizados monetariamente a cada aniversário da Apólice, para todos os Segurados do Grupo Segurado, com base na variação dos salários ou, ainda, com base na variação acumulada do índice indicado no **subitem 17.2** desta Cláusula, durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao da atualização anual, de acordo com o determinado nas Condições Contratuais e na Apólice.

17.2. Para efeito de atualização monetária, será utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE.

17.2.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo - IPC/ FIPE ou qualquer outro índice que vier a substituí-lo.

18. CUSTEIO DO SEGURO

18.1. Em relação ao custeio e de acordo com a Proposta de Contratação, este seguro é **Não Contributário**, ou seja, os Segurados não pagam o Prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento integralmente sobre o Estipulante.

19. CRITÉRIO PARA FIXAÇÃO DA TAXA DO PRÊMIO E REENQUADRAMENTO

19.1. Adotar-se-á a taxa média/única, que será determinada de acordo com equacionamento técnico do plano para todos os Segurados e será o quociente entre a soma total do Prêmio tarifário individual por Cobertura e a soma total do Capital de cada Cobertura contratada.

19.2. A taxa média final será acrescida dos carregamentos técnicos.

19.3. A taxa média será calculada no início de vigência da Apólice e recalculada anualmente no seu aniversário com base no Grupo Segurado, devendo prevalecer sempre a taxa média recalculada se esta for superior ou inferior à vigente em mais de 10% (dez por cento), ou a qualquer época, caso haja alterações substanciais na composição do grupo que justifiquem seu recálculo.

20. PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO

20.1. O Prêmio mensal será o produto da taxa média de cada cobertura, calculado quando da contratação do seguro, pelo capital total de cada Cobertura contratada.

20.2. Anualmente, no aniversário da Apólice, as taxas serão reavaliadas em função da idade média atuarial do Grupo Segurado. Se for constatado aumento da idade média ou se a sinistralidade ultrapassar a 100% do prêmio puro, as taxas e prêmios serão reajustadas para todo o Grupo Segurado.

20.2.1. Qualquer modificação da Apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os Segurados, ou, ainda, implique na redução dos seus direitos, dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

20.3. O aumento na taxa final deverá ser realizado por Endosso ou Aditivo ao contrato com concordância expressa e escrita do Estipulante.

21. PAGAMENTO DO PRÊMIO

21.1. A cobrança do Prêmio será efetuada por meio de documento emitido pela OMINT Seguros, do qual deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:

- a) nome do Estipulante;
- b) valor do Prêmio;

- c) data de emissão;
- d) número da Apólice;
- e) data limite para o pagamento.

21.1.1. A OMINT Seguros encaminhará o documento a que se refere o subitem 21.1 desta Cláusula diretamente ao Estipulante ou ao seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao Corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

21.2. O Estipulante poderá optar pelo pagamento dos Prêmios de forma mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual e cada pagamento será correspondente a um determinado Período de Cobertura.

21.2.1. O pagamento realizado na forma acima não caracteriza fracionamento do Prêmio.

21.3. Caso o Estipulante opte pelo pagamento dos Prêmios de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de cobertura. Na hipótese de rescisão do presente contrato, em que o Estipulante pague os prêmios mensalmente, nenhuma devolução de Prêmio será devida.

21.3.1. Na hipótese de pagamento de Prêmio único ou de periodicidade anual, o Capital Segurado pagável por cada uma das Coberturas contratadas será atualizado pelo índice previsto no subitem 17.2 até a data de ocorrência do evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

21.4. Qualquer que seja a forma de pagamento do Prêmio adotada, a Seguradora ficará obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.

21.5. O pagamento do Prêmio será feito à Seguradora por meio da rede bancária, débito em conta corrente ou outras formas admitidas em lei, acordadas previamente entre o Estipulante e a OMINT Seguros na Proposta de Contratação.

21.5.1. Quando o pagamento for efetuado por meio da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o **subitem 21.1** da Cláusula 21 destas Condições Gerais, deverá constar do documento de cobrança, se for o caso, a indicação de que o Prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.

21.6. Se a data do vencimento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

21.6.1. O não pagamento até a data convencionada resultará na cobrança de juros moratórios legais e atualização monetária com base no índice IPCA-IBGE, calculados com base no período compreendido entre o dia de vencimento e a data do pagamento.

21.7. Caso não seja efetuado o pagamento ou o repasse da primeira parcela ou parcela única do Prêmio, a contratação do seguro não será efetivada, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, e a OMINT não estará obrigada a garantir o risco coberto.

21.8. Ocorrendo a falta de pagamento de qualquer parcela do Prêmio, exceto a prestação única ou a primeira parcela, a Seguradora encaminhará ao Estipulante, por meio idôneo que comprove o recebimento, uma notificação concedendo o prazo de 15 (quinze) dias para regularização, sob pena de suspensão de cobertura e resolução do contrato após 90 (noventa) dias de inadimplemento. Caso o pagamento não seja efetuado dentro desse prazo, contado a partir do recebimento da notificação, a cobertura será suspensa desde a data de vencimento da parcela original não paga.

21.8.1. Na hipótese de recusa do recebimento da notificação ou, por qualquer motivo, o Estipulante e/ou Segurado não seja encontrado no último endereço informado à Seguradora, o prazo para a regularização do prêmio terá início na data da frustração do recebimento da notificação.

21.8.2. A cobertura somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que for retomado o pagamento do Prêmio. Os Sinistros ocorridos no período de suspensão ficarão sem cobertura, respondendo a Seguradora apenas pelos Sinistros ocorridos a partir da data da reabilitação.

21.9. Não havendo a quitação da fatura até a data do vencimento, será adotado o Período de Tolerância de 60 (sessenta) dias, em atendimentos aos artigos 20, § 1º, e 21 da Lei nº 15.040/2024, período durante o qual a falta de pagamento do Prêmio não ensejará o imediato cancelamento do seguro. Verificada a falta de pagamento de qualquer parcela do Prêmio, a OMINT comunicará o Segurado, por meio de notificação advertindo-o quanto à necessidade de quitação dos Prêmios em atraso, nos termos dos artigos 20, §2º, e 21 da Lei nº 15.040/2024.

21.9.1. Decorrido o prazo concedido na notificação sem que o Prêmio tenha sido quitado, a Apólice e/ou o risco individual ficarão automaticamente e de pleno direito rescindidos, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial adicional, sem que caiba qualquer restituição de prêmio anterior, ficando o Estipulante obrigado ao pagamento dos prêmios vencidos relativos ao Período de Cobertura.

21.10. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado ou Estipulante.

22. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

22.1. O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão), diante da ocorrência/conhecimento de Sinistro, comunicar imediatamente a Seguradora, por meio do Aviso de Sinistro, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas.

22.1.1. O Aviso de Sinistro poderá ser apresentado através de Carta Registrada enviada ao endereço Rua Franz Schubert, 33 – Jardim Paulistano – São Paulo – SP - CEP: 01454-020 ou por meio do Canal atendimento@omintseguros.com.br disponibilizado pela OMINT Seguros.

22.1.2. A comunicação feita por qualquer dos meios acima não exonera a obrigação da apresentação do formulário de Aviso de Sinistro à OMINT Seguros uma vez que se trata de um dos documentos básicos previstos para a regulação e liquidação de sinistros.

22.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para finalização da regulação de sinistro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação básica constante da Cláusula 23 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) e aqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

22.2.1. Se, no aviso de sinistro, o Segurado, Beneficiário ou seu representante legal não apresentar as documentações básicas, o prazo não começará a contar. A Seguradora poderá solicitar o envio dessas documentações, sem que isso seja considerado como solicitações complementares.

22.3. Em caso de dúvida fundada e justificável, a OMINT Seguros poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na **Cláusula 23** (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no **subitem 22.2** desta Cláusula será suspenso no máximo uma vez, voltando a correr a partir do dia útil subsequente ao recebimento pela OMINT Seguros dos documentos e informações complementares.

22.4. Concluída a Regulação, a Seguradora emitirá posicionamento de cobertura ao Segurado ou Beneficiário(s).

22.4.1. Caso não haja direito à cobertura securitária, a Seguradora emitirá recusa expressa e motivada ao Segurado ou Beneficiário(s).

22.4.2. Confirmada a incidência de cobertura securitária, a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou Capital Segurado, desde que recebida toda a documentação básica necessária para liquidação do sinistro.

22.5. Com relação à liquidação do sinistro, em caso de dúvida fundada e justificável, a OMINT Seguros poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou ao Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na **Cláusula 23** (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no item 22.4.2 desta cláusula será suspenso no máximo uma vez, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente ao recebimento pela OMINT Seguros dos documentos e informações complementares.

22.5.1. Não respeitado o prazo previsto no **subitem 22.4.2** desta Cláusula, os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, juros moratórios legais e atualização monetária, de uma só vez, aplicados a partir da data em que a indenização ou Capital Segurado deveriam ter sido pagos.

22.5.2. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de ocorrência do sinistro e aquele publicado antes da data de sua efetiva liquidação.

22.6. O pagamento será feito sob a forma de parcela única, por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominal, pagável no domicílio ou praça indicada pelo(s) Beneficiário(s) ou Segurado no aviso de sinistro.

22.7. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do Segurado e/ou Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela OMINT Seguros.

22.8. 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 na Apólice, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

23. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Para liquidação de sinistro, necessário o envio pelo Segurado ou Beneficiário(s) à OMINT Seguros dos documentos básicos abaixo indicados, além daqueles previstos nas Condições Especiais de cada cobertura contratada:

23.1. Para qualquer sinistro

23.1.1. Formulário

- a) Formulário de aviso de sinistro disponibilizado pela OMINT Seguros e devidamente preenchido em todos os seus campos.

23.1.2. Documentos do Segurado

- a) Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento (quando menor de 18 anos), do CPF e do comprovante de residência do Segurado;
- b) Cópia da Carteira de trabalho, se houver.

23.1.3. Documentos do(s) Beneficiário(s)

- a) Cópia da carteira de Identidade, do CPF e do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), quando maior(es) de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
- b) Cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário(s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe;
- c) Cópia do Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es);
- d) Em caso de companheiro(a), além dos documentos indicados acima, providenciar cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda ou, ainda, Declaração de Vida em Comum registrada em cartório pelo Segurado antes do sinistro e declaração de duas testemunhas de que o Segurado vivia maritalmente, especificando data e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.

23.1.4. Documentos do Estipulante

- a) **No caso de empregados:** Guia de Recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações a Previdência Social (GFIP), com todos seus anexos, dos três meses anteriores ao do sinistro, bem como a do mês referente à admissão do empregado;
- b) **No caso de Sócios e Diretores:** a última alteração contratual devidamente registrada na Junta Comercial, bem como o primeiro Contrato Social ou a Alteração Contratual em que houve a admissão do segurado na sociedade ou quadro estatutário do Estipulante.

23.2. Não serão aceitos relatórios médicos elaborados por membro(s) da família ou por pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente de ser um médico habilitado.

23.3. Os eventuais encargos de tradução necessários à regulação e liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

23.4. Nos termos das cláusulas 22.3 e 22.5, a OMINT Seguros poderá solicitar documentos complementares, além daqueles já previstos nas Condições Contratuais, tanto para fins de regulação do sinistro quanto, se for o caso, para a conclusão da sua liquidação.

24. JUNTA MÉDICA

24.1. No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas à existência de cobertura securitária, especialmente sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente na Apólice, será proposta pela OMINT Seguros, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela OMINT Seguros, outro pelo Segurado e um terceiro desempatador, escolhido em conjunto pelos dois nomeados.

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

24.2. Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão rateados de forma igualitária entre o Segurado e a OMINT Seguros.

25. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

25.1. A OMINT Seguros não pagará qualquer indenização com base no presente seguro se o Estipulante, o Segurado, seu representante ou o Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir, de forma dolosa, circunstâncias na Proposta de Contratação que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do prêmio, além de estar o Estipulante obrigado ao pagamento do prêmio vencido e ao ressarcimento das despesas efetuadas pela Seguradora, conforme disposto no Art. 44, §1º da Lei nº 15.040/2024. Se o descumprimento do dever de informar for culposos, aplicar-se-ão as disposições do item 25.1.1.

25.1.1 Se a inexactidão ou a omissão nas declarações não decorrer de descumprimento doloso por parte do Segurado, do Estipulante, de seu representante ou do Corretor de Seguros, mas sim culposo, a OMINT Seguros poderá:

a) na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- cancelar o seguro, se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou Risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, ficando o Segurado obrigado ao pagamento das despesas efetuadas pela Seguradora; ou
- mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou reduzindo proporcionalmente a cobertura contratada, na ausência do pagamento da diferença do Prêmio.

b) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou reduzindo a cobertura contratada para riscos futuros proporcionalmente.

c) 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.

25.2. A OMINT Seguros também não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), seu Representante, Corretor de Seguros ou Estipulante:

a) inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas nestas condições;

b) prática de dolo, fraude ou sua tentativa, simulação para obter ou majorar a indenização ou ainda se o Segurado ou Beneficiário tentar obter vantagem indevida com o sinistro;

b1) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima se aplica aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes legais;

25.3. O Segurado, o Estipulante, seu representante, ou o Beneficiário deverá comunicar à Seguradora, tão logo tenha conhecimento, qualquer fato que possa agravar o risco originalmente contratado. Após o recebimento da comunicação, a Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, avaliar o impacto do agravamento e, se necessário, realizar o ajuste contratual, incluindo a cobrança da diferença de Prêmio correspondente ao novo nível de risco.

25.3.1. Na hipótese de recusa, por parte do Segurado, do pagamento da diferença de prêmio decorrente do agravamento do risco, o contrato será resolvido no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

26. CANCELAMENTO DO SEGURO

26.1. O seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a anuência prévia e expressa do Estipulante e dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

26.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará rescindido, e sem que caiba indenização a qualquer parte, preservados os direitos do Segurado, nas seguintes situações:

- a) por falta de pagamento de parcela do Prêmio, após o prazo disposto no item 21.8.1 da Cláusula 21 destas Condições Gerais e esgotados os prazos de notificação previstos nos arts. 20 e 21 da Lei nº 15.040/2024;
- b) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais ou das Condições Especiais;
- c) se houver dolo, culpa grave, prática de fraude, consumada ou tentada, por parte do Estipulante, Segurado ou do(s) Beneficiário(s), no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- d) quando o número de componentes do Grupo Segurado for inferior ao índice mínimo de adesão para manutenção da Apólice (Cláusula 11.2), estabelecido no Contrato; e
- e) com a caracterização de invalidez permanente e total do Segurado, que determine o pagamento integral do Capital Segurado para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

26.3. O pagamento de Prêmios pelo Estipulante, de qualquer valor, à OMINT Seguros após a data da rescisão contratual não implica a reabilitação do seguro, nem gera qualquer efeito, devendo ser devolvido, devidamente corrigido.

26.4. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo de cobertura decorrido.

26.5. Durante a vigência do Seguro, a Apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora somente sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

27.1. A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da OMINT Seguros, respeitadas as Condições Gerais e Especiais da Apólice e as normas do seguro.

28. PRESCRIÇÃO

28.1. Qualquer pretensão do Segurado, com fundamento na presente Apólice, prescreve nos prazos estabelecidos pela Lei 15.040/2024.

29. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

29.2. A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

29.3. 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.

29.4. Neste seguro, não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados.

30. FORO CONTRATUAL

30.1. Fica eleito o foro de domicílio do Segurado ou Beneficiário para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

OMINT SEGUROS S.A.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS

COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, devidamente coberta pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos na **Cláusula 4 (Riscos Excluídos)** das Condições Gerais do seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de Sinistro coberto, estabelecido na Apólice, vigente na data do evento.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento constante da Certidão de Óbito do Segurado.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será pago ao(s) Beneficiário(s) indicado pelo Segurado ou, na falta de indicação, aos herdeiros legais, conforme indicado pela **Cláusula 16** (Designação e Alteração de Beneficiário(s)) das Condições Gerais e disciplinado pelo artigo 115 da Lei nº 15.040/2024.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 22** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 23** (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

5.2. Em caso de morte natural, são necessários também os seguintes documentos do Segurado:

- a)** cópia da certidão de óbito do segurado;
- b)** cópia da certidão de casamento, emitida após o óbito do segurado, se for o caso;

- c) cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do segurado, quando houver;
- d) cópia da carteira de trabalho e previdência social;
- e) radiografias do segurado (quando houver);
- f) guia de internação hospitalar (quando houver);
- g) declaração médica indicando *causa mortis* com firma reconhecida.

5.3. Em caso de ocorrência de morte em razão de acidente, além dos documentos citados no item 5.2 acima, também serão necessários os seguintes documentos:

- a) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o Segurado era o condutor do veículo;
- b) cópia do laudo de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, caso esta informação não conste do laudo de exame de corpo delito;
- c) cópia comunicação de acidente do trabalho(cat) nos casos de acidente de trabalho;
- d) cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- e) cópia do laudo de exame de corpo delito (IML);
- f) cópia do auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

6.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a Vigência deste seguro, sem prejuízo do pagamento do Capital Segurado relativo à Cobertura Morte, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e destas Condições Especiais.

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

2.1. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante do GLOSSÁRIO das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice, estão expressamente excluídos desta Cobertura, os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta:

- a) das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- b) de viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito e;
- c) os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros).

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data do Acidente Pessoal.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente sofrido pelo Segurado.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura será pago ao(s) Beneficiário(s) indicado pelo Segurado ou, na falta de indicação, aos herdeiros legais, conforme indicado pela Cláusula 16 (Designação e Alteração de Beneficiário(s)) das Condições Gerais e disciplinado pelo artigo 115 da Lei nº 15.040/2024.

6. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 22** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 23** (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados.

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- c) Radiografias do Segurado (quando houver);
- d) Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida.
- e) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- f) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- g) Cópia Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho;
- h) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- i) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- j) Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

7.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS**COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, garante ao Segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

2. CONCEITOS**2.1. Acidente Pessoal**

2.1.1. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante do GLOSSÁRIO das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Invalidez Permanente por Acidente

2.2.1. Para fins desta Cobertura, entende-se como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, constantes da Tabela contida no **item 2.2.15** desta Cláusula, em virtude de lesão física, causada por Acidente Pessoal devidamente coberto.

2.2.2. **Se forem contratadas conjuntamente as Coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, referidas coberturas não se acumulam.**

2.2.3. **Se, depois de paga uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pela cobertura de morte acidental, deduzida a importância já paga pela cobertura de Invalidez Permanente por Acidente.**

2.2.4. No caso de sinistro de invalidez parcial, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

2.2.5. Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de invalidez permanente total ou parcial por acidente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, de acordo com a invalidez sofrida e os percentuais previamente definidos na “TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE”, constante no **subitem 2.2.15** desta Cláusula.

2.2.6. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela multiplicação entre o percentual previsto na referida Tabela (subitem 2.2.15) para sua perda total e o percentual correspondente ao grau de redução funcional apresentado pelo Segurado.

2.2.7. Na falta de indicação do percentual de redução do órgão ou membro do Segurado por conta do acidente sofrido e, sendo informado apenas o grau de redução como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

2.2.8. 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, tendo em vista não tratar-se a presente Cobertura de seguro de invalidez profissional.

2.2.9. Quando o mesmo acidente resultar em invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se os respectivos percentuais previstos na Tabela, sem que exceda 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado.

2.2.10. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um membro ou órgão, a soma dos percentuais correspondentes não pode exceder a indenização prevista para sua perda total.

2.2.11. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

2.2.12. A perda de dentes e os Danos Estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

2.2.13. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.

2.2.14. Caso haja caracterização de invalidez permanente e total do Segurado, que determine o pagamento integral do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, o Segurado será excluído da Apólice.

2.2.15. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100

Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia Bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)	%
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES	%
Perda total de 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: equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo.	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE 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 quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente ½ (metade), e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 (um terço) 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	
DIVERSAS	%
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
Em grau mínimo	10
Em grau médio	20
Em grau máximo	30
NARIZ	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	07
Unilateral com fistulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fistulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03

Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	15
- mais de 50% (cinquenta por cento)	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16
ARTICULAÇÕES (ANQUILOSES)	
Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25 (vinte e cinco), 50 (cinquenta) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MEMBROS	
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
Perda do braço	15
APARELHO URINÁRIO	
Perda de um rim	
Função renal preservada	15
Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50
Insuficiência renal	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática (sem indenização)	00

SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOME (ÓRGÃOS EVISCERAS)	
Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial sem transtorno funcional	05
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50

RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	07

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice, estão expressamente excluídos desta Cobertura os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- b) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito e;
- c) os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros).

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data do acidente. O Capital Segurado devido dependerá da caracterização de invalidez total ou parcial e será calculado de acordo com o disposto no subitem 2.2.6 e Tabela constante do subitem 2.2.15.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, a data do Acidente Pessoal sofrido pelo Segurado.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 22 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 23** (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados:

- a)** cópia da carteira de trabalho e previdência social (quando houver);
- b)** radiografias do segurado (quando houver);
- c)** guia de internação hospitalar (quando houver)
- d)** cópia da carteira de habilitação, somente para os casos onde o segurado era o condutor do veículo;
- e)** cópia do laudo de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, caso esta informação não conste do laudo de exame de corpo delito;
- f)** cópia da comunicação de acidente do trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho;
- g)** cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- h)** cópia do laudo de exame de corpo delito (IML);
- i)** atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente, e se o segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1 Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

6.2 As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS**COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado em caso de caracterização de sua invalidez funcional permanente e total, exclusivamente em consequência de doença que cause a perda da sua existência independente, conforme critérios específicos definidos nas Cláusulas 2 e 6 destas Condições Especiais, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro.

2. CONCEITOS

2.1. Para que haja direito a esta Cobertura, é necessária a caracterização da perda da existência independente do Segurado exclusivamente em consequência de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônomicas pelo Segurado.

2.1.1 Terminologias:

Agravo Mórbido: evolução com piora de uma doença.

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, tornando o Segurado total e permanentemente incapacitado para a vida civil.

Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas neuro-músculo-esqueléticas destinadas ao deslocamento do corpo humano. Fornece a capacidade de mover-se pela marcha, deslocando-se de um lugar para outro por meio de diversos órgãos (músculo, articulações, ossos e nervos) comandados e coordenados pelo Sistema Nervoso.

Atividade Laborativa: qualquer atividade ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.

Auxílio: ajuda por meio de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina. É o conjunto das atividades de diagnóstico, tratamento, encaminhamento de um paciente e prevenção de agravos, além de atividades como perícia e direção de equipes médicas.

Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".

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

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

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

Dados Antropométricos: conjunto de informações relativas às medidas do corpo humano e seus componentes internos e externos, através de técnicas utilizadas (medidas diretas e indiretas) para dimensionar o corpo humano ou suas partes.

Deambular: ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado clinicamente normal.

Disfunção imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes considerados estranhos pelo organismo, externos ou internos, causadores de doença ou distúrbios graves.

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 de tratamento (doença crônica agudizada ou agudização de doença cronicada).

Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que evolui em curso de piora, com ou sem tratamento.

Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade (sem horizonte terapêutico), sendo o Segurado considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente. É aquela para a qual o único tratamento institucionalizado é o paliativo para aliviar dores e desconfortos.

Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade, necessitando de laudos de exame Anátomo-Patológico para sua classificação definitiva.

Doença Profissional: aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.

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

Etiologia: causa de cada doença ou mecanismo de estabelecimento de um quadro patológico.

Fatores de Risco e Morbidade: fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interagem podendo, inclusive, levar a óbito.

Hígido: saudável.

Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença. Expectativa de recuperação ou de sobrevida de um paciente, em função do diagnóstico e evolução da doença.

Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente e relatadas por um médico.

Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

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

Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

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

Transferência Corporal: capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

2.2. Consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, **provenientes exclusivamente de Doença:**

- a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
- c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**

- e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) deficiência visual, **decorrente de doença**:
 - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i) estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

2.3. Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos, desde que atingida a pontuação necessária após avaliação por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) constante da **Cláusula 6** - Comprovação de Invalidez Funcional por Doença destas Condições Especiais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) **perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal; e**

b) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

3.2. A aposentadoria por Invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, órgãos do poder público ou outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

3.3. A apresentação de documentos médicos pelo Segurado que indiquem a caracterização de incapacidade parcial e/ou de natureza profissional não implica a caracterização do sinistro, havendo necessidade de comprovação da perda da sua existência independente.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

4.2. O Capital Segurado desta cobertura está limitado a 100% do capital da Cobertura de Morte.

4.3. Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, indicada na declaração do médico assistente do Segurado.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, o Segurado deverá proceder conforme descrito na **Cláusula 21** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 22** (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados:

- a) declaração médica com informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e indicação da data **exata** do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no conceito de Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos **subitens 2.2 e 2.3** destas Condições Especiais e que justifique a inviabilidade de forma irreversível do Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado.
- b) exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
- c) cópia da carteira de trabalho e previdência social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida;
- d) a avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).

5.1.1. É facultado à OMINT Seguros, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.

5.1.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico sempre que a OMINT Seguros julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

5.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica, consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos a qualquer tempo.

6. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ

6.1. A Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado deve ser comprovada por meio de declaração médica detalhada pelo médico-assistente do Segurado, justificando seu estado de invalidez, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.

6.2. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), seja atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

6.3. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por duas Tabelas.

6.3.1. A primeira é a **Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos**, que permite avaliar por meio de escalas, com 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

6.3.2. A segunda é a **Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade**, que valoriza cada uma das situações nela previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

**ANEXO ÀS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ
FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA 1

**TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS
E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS**

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA A MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO ÀQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

TABELA 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA.	08

6.4. As despesas desembolsadas pelo Segurado, objetivando demonstrar a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, são de responsabilidade deste, salvo aquelas realizadas diretamente pela OMINT Seguros com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

6.5. As providências que a OMINT Seguros tomar, visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Sendo reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo médico da Seguradora, esta pagará o valor do Capital Segurado de uma só vez ao próprio Segurado, conforme definido na Apólice.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. O pagamento do Capital Segurado por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, efetivamente comprovada, extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura. Nessa hipótese, os Prêmios relativos à Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente.

8.2. A Cobertura de Morte, bem como as demais Coberturas adicionais eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do Capital Segurado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, continuarão em vigor, sendo devido o pagamento do Prêmio correspondente.

8.3. **Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta Cobertura permanecerá em vigor, assim como a cobertura de Morte e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.**

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2 As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, tem como objetivo garantir a inclusão do Cônjuge do Segurado Titular na Apólice e o pagamento do Capital Segurado até o limite contratado, na ocorrência de evento coberto, de acordo com as garantias contratadas e observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais da Apólice, além da legislação aplicável.

1.2. Considera-se Cônjuge aquele legalmente reconhecido como tal, inclusive o(a) companheiro(a) do Segurado Titular, se, ao tempo do contrato, o Segurado era solteiro, divorciado, separado judicialmente ou de fato, observada a Legislação Brasileira a respeito.

1.3. **Estão automaticamente excluídos desta cláusula os cônjuges que façam parte do Grupo Segurado como Segurados Titulares.**

2. COBERTURAS

2.1. As Coberturas de Morte, Morte Acidental e Auxílio Funeral poderão ser estendidas ao cônjuge do Segurado Titular, quando expressamente contratadas e ratificadas na Apólice. **As demais coberturas não são extensivas ao cônjuge.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, serão considerados riscos excluídos aqueles definidos nas Condições Especiais de cada cobertura contratada para o cônjuge.**

4. BENEFICIÁRIOS

4.1. O Capital Segurado para as coberturas de Morte, Morte Acidental será devido ao Segurado Titular.

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

5.1. Poderão fazer parte deste seguro o cônjuge, quando a inclusão desta Condição Especial for solicitada pelo Estipulante na Proposta de Contratação, respeitadas todas as condições de aceitação previstas nas Condições Gerais e Especiais da Apólice.

5.2. Não podem participar desta cobertura os cônjuges que façam parte do Grupo Segurado como Segurados Titulares.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento, conforme definido nas Condições Gerais e Especiais de cada cobertura.

6.2. O Capital Segurado para cada Cobertura contratada para o cônjuge está limitado a 100% (cem por cento) do valor do Capital Segurado da mesma Cobertura contratada pelo Segurado Titular.

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 22** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 23** (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura, **além da Certidão de Casamento, emitida após o evento coberto, no caso de cônjuge do Segurado, ou, sendo companheira(o), de comprovação junto ao órgão previdenciário de que a (o) companheira(o) é reconhecida (o) como Beneficiária(o).**

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Esta Cobertura cessará automaticamente quando ocorrer:

- a) o pedido de cancelamento por escrito pelo Segurado;
- b) o cancelamento do Seguro do Segurado Titular;
- c) a morte do cônjuge dependente;
- d) a morte do Segurado Titular;
- e) a separação de fato, judicial ou divórcio do casal;
- f) a dissolução do vínculo entre o cônjuge e o Segurado Titular.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHO(S)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, tem como objetivo garantir a inclusão do(s) filho(s) do Segurado Titular na Apólice e o pagamento do Capital Segurado até o limite contratado, na ocorrência de evento coberto, de acordo com as garantias contratadas e observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais da Apólice, além da legislação aplicável.

2. DEFINIÇÃO DE FILHOS

2.1. Para fins de inclusão nesta Cobertura, considera-se filho dependente do Segurado Titular aquele assim definido na legislação do Imposto de Renda, isto é, a filha, o filho, a enteada ou o enteado, até vinte e um anos, ou até vinte e quatro anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho.

3. COBERTURAS

3.1. Ao(s) filho(s) do Segurado Titular, somente poderá(ão) ser estendida(s) as Coberturas de Morte, Morte Acidental e Auxílio Funeral, desde que a(s) mesma(s) tenha(m) sido contratada(s) pelo Segurado Titular, respeitando o disposto nas Condições Especiais de cada cobertura.

3.2. Para menores de 14 (quatorze) anos, nos termos da legislação específica, é permitida exclusivamente a contratação da cobertura de Auxílio-funeral na modalidade de reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação dos recibos originais, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se as seguintes condições:

- a)** incluem-se entre as despesas com o funeral, as havidas com traslado e;
- b)** não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, serão considerados riscos excluídos aqueles definidos nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

- 5.1.** Poderão fazer parte deste seguro os filhos do Segurado Titular quando a inclusão desta Cobertura for solicitada pelo Estipulante na Proposta de Contratação, respeitadas todas as condições estabelecidas nas Condições Gerais e Especiais da Apólice.
- 5.2.** Não podem ser incluídos nesta Cobertura os filhos que façam parte do Grupo Segurado como Segurados Titulares.
- 5.3.** Cada filho será incluído na Apólice apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam Segurados Titulares na Apólice, hipótese em que o filho será considerado dependente do cônjuge que possua maior Capital Segurado.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1.** Para fins desta Condição Especial, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de seguro, vigente na data do evento.
- 6.2.** O Capital Segurado desta garantia para cada cobertura contratada está limitado a 100% (cem por cento) do Capital Segurado da mesma cobertura contratada pelo Segurado Titular.

7. BENEFICIÁRIO

- 7.1.** O Capital Segurado relativo a esta cláusula será pago ao Segurado Titular.
- 7.2.** Na hipótese de morte simultânea do Segurado Principal e dos Filhos dependentes, tendo sido pago o prêmio correspondente, nos termos desta cláusula, a indenização referente à cobertura dos Filhos deverá ser paga aos herdeiros legais do Segurado Titular.

8. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 8.1.** Em caso de sinistro, cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) procederem conforme descrito na **Cláusula 22** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 23** (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura, **além da apresentação da Certidão de Nascimento, no caso de filhos, ou, tratando-se de enteado, do Termo de Tutela ou de Curatela e, ainda, conforme o caso, a cópia da declaração de Imposto de Renda comprovando a dependência econômica.**

9. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

- 9.1.** Esta Cobertura cessará automaticamente quando ocorrer:
- a) o pedido de cancelamento por escrito pelo Segurado;**

- b) o cancelamento do Seguro do Segurado titular;**
- c) a morte do filho dependente;**
- d) a morte do Segurado titular;**
- e) o atingimento da idade de 21 (vinte e um) anos pelo filho, quando não for incapaz física ou mentalmente para o trabalho.**

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

10.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL DO SEGURO DE PESSOAS

COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA CONGÊNITA DO FILHO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, garante o pagamento do Capital Segurado ao Segurado Titular, em caso da ocorrência de invalidez decorrente de doença congênita do filho(a), nascido durante a vigência da Apólice, cuja doença tenha sido diagnosticada durante a vigência do seguro, devidamente coberta, exceto se decorrente de risco excluído.

2. CONCEITO

2.1. Para fins desta Cobertura, entende-se por **Doença Congênita** aquelas adquiridas antes do nascimento e que necessitem de acompanhamento médico e tratamento especializado, diagnosticadas durante a Vigência do seguro, resultante de má formação do organismo, seja qual for sua causa.

2.2. Para fins desta Cobertura, entende-se por Invalidez por Doença Congênita de Filho aquela pela qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis para o filho do Segurado Titular e que cause a perda da existência independente e demande a permanente ajuda de terceiros.

2.3. Não se inclui no conceito de doença congênita de filho a má formação fetal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além das exclusões previstas na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, serão considerados riscos excluídos da cobertura adicional de Doenças Congênitas:

- a) eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período de gestação ou não reconhecidos efetivamente pelos órgãos de saúde;
- b) defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais, de responsabilidade pública ou privada;
- c) decorrentes do mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde e;
- d) de aborto e suas consequências.

3.2. Também não será devido o pagamento da indenização em caso de natimortos.

4. GRUPO SEGURADO

4.1. O Grupo Segurado desta Cobertura é composto pelos filhos recém-nascidos do Segurado Titular que apresentarem doença congênita, devidamente comprovada por profissional regularmente habilitado. **Em caso de nascimento de mais de uma criança no mesmo parto, constatando-se a doença congênita em mais de um filho, não haverá cumulação do Capital Segurado, sendo devido apenas o pagamento do valor simples.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico efetuado por profissional devidamente habilitado.

6. CONDIÇÕES DE COBERTURA

6.1. O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência desta Cobertura, só será efetuado desde que o nascimento do filho e o diagnóstico da doença congênita, da qual decorra a invalidez, ocorram durante o período de Vigência da Apólice.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado Titular proceder conforme descrito na **Cláusula 22** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 23** (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos:

- a)** relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
- b)** exame anatomopatológicos que indiquem a doença congênita;
- c)** cópia autenticada da Certidão de Nascimento do filho;
- d)** radiografias do filho do Segurado (quando houver);
- e)** guia de internação hospitalar (quando houver).
- f)** relatório médico preenchido pelo médico assistente do filho, atestando a doença congênita da qual é portador e a invalidez dela decorrente.

7.2. Caso seja devido, o Capital Segurado será pago de uma única vez ao Segurado Titular.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

8.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL DO SEGURO DE PESSOAS

COBERTURA AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado, no caso da morte do Segurado, de acordo com os riscos cobertos e condições contratuais.

2. RISCO COBERTO

2.1. O risco coberto por esta garantia é a morte do Segurado, por causas naturais ou acidentais.

2.2. Para menores de 14 (quatorze) anos, nos termos da legislação específica, é permitida exclusivamente a contratação da cobertura de Auxílio-funeral na modalidade de reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação dos recibos originais, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se as seguintes condições:

- a) incluem-se entre as despesas com o funeral, as havidas com traslado e;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Os riscos excluídos nesta cláusula são aqueles mencionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos), constante das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado é a importância máxima a ser paga em caso de sinistro coberto, conforme estabelecido na Apólice e vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

5. CARÊNCIA

5.1. Fica estabelecida uma Carência de 6 (seis) meses para os Empregados, Sócios, Diretores que se encontrarem afastados, por motivo de doença ou acidente, quando da contratação do seguro, e que sejam incluídos na Apólice após retornarem à atividade, observadas as condições de inclusão de segurados, conforme Cláusula 13 das Condições Gerais e definido no Contrato. O referido prazo será contado a partir da inclusão dos Segurados na Apólice.

5.2. Esta Cobertura poderá estar sujeita a Carência de até 6 (seis) meses para os demais Segurados dependentes, conforme determinado no Contrato, período durante o qual a Seguradora estará isenta do pagamento de qualquer indenização.

6. INDENIZAÇÃO

6.1. A indenização paga por esta garantia será complementar ao Capital Segurado da Cobertura de Morte.

6.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de que são também devidos os Capitais Segurados previstos por outras coberturas indicadas na Apólice.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

7.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL DO SEGURO DE PESSOAS

COBERTURA DE CESTA BÁSICA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento do Capital Segurado contratado em caso de Morte do Segurado Titular, na forma estabelecida na Apólice, de acordo com os riscos cobertos e condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. O risco coberto por esta garantia é a morte do Segurado Principal, por causas naturais ou acidentais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Os riscos excluídos nesta cláusula são os mesmos mencionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos), constante das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na Apólice e vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

5. CARÊNCIA

5.1. Fica estabelecida uma Carência de 6 (seis) meses para os Empregados, Sócios e Diretores que se encontrarem afastados, por motivo de doença ou acidente, quando da contratação do seguro, e que sejam incluídos na Apólice após retornarem à atividade, observadas as condições de inclusão de segurados, conforme definido no Contrato. O referido prazo será contado a partir da inclusão dos Segurados na Apólice.

6. BENEFICIÁRIO

6.1. O pagamento do Capital Segurado será feito ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) na proporção definida pelo Segurado ou, não havendo indicação, em conformidade com o disposto no Código Civil Brasileiro.

7. FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGUADO

7.1. O pagamento do Capital Segurado será feito em dinheiro, mediante pagamento de um determinado número de parcelas, ou mediante o fornecimento de Vale Alimentação disponibilizado em cartão magnético fornecido por empresa terceirizada e especializada, desde que expressamente solicitado pelo Segurado ou Beneficiário(s).

7.2. Na hipótese de fornecimento de Vale Alimentação em cartão magnético, deverão ser observadas as seguintes condições:

- a) a Seguradora somente providenciará a entrega do Vale Alimentação após apurada a cobertura técnica desta Cláusula, respeitados os prazos para liquidação de sinistro, conforme estabelecido nas Condições Gerais.**
- b) o Vale Alimentação será entregue mediante assinatura de contra recibo por parte do Beneficiário legitimado.**
- c) o valor total do Vale Alimentação será idêntico ao valor do Capital Segurado devido e será dividido em parcelas mensais e de igual valor, conforme previsão na Apólice, sendo o respectivo valor creditado mensalmente no cartão magnético para uso do Beneficiário nos estabelecimentos credenciados pela operadora, conforme orientações transmitidas ao Beneficiário quando da liquidação do sinistro.**
- d) o vale alimentação somente será entregue e válido no Brasil.**
- e) a ocorrência de catástrofes, tais como enchentes, greves, ou de outros fatores súbitos e involuntários poderão eventualmente interferir no prazo de entrega do vale alimentação.**
- f) O prazo de validade do cartão magnético do Vale Alimentação será especificado na Apólice.**

7.3. A prestação dos serviços não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de que são também devidos os Capitais Segurados de outras coberturas previstas na Apólice.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

8.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS

COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao Estipulante, até o limite do Capital Segurado contratado, de acordo com os riscos cobertos e condições contratuais.

2. GARANTIA AO ESTIPULANTE

2.1. Esta Cobertura garantirá ao Estipulante o recebimento de indenização em caso de morte do Segurado Titular que possua vínculo empregatício com o Estipulante, de acordo com a definição constante da Cláusula 7.2 das Condições Gerais, no valor correspondente às verbas devidas em razão da Rescisão Trabalhista por morte do empregado, limitado ao valor do Capital Segurado contratado.

2.2. Para fins desta cláusula, **considera-se Rescisão Trabalhista a extinção do Contrato de Trabalho, exclusivamente pela morte do Segurado Titular que mantenha vínculo empregatício com o Estipulante.**

2.3. O legítimo interesse do Estipulante em figurar como Beneficiário desta Cobertura caracteriza-se pelos gastos imediatos e inesperados, consequentes da rescisão trabalhista, intrínsecos à relação de vínculo empregatício.

2.4. Esta Cobertura somente poderá ser contratada nos seguintes casos:

- a) para seguros não contributários, isto é, nos seguros em que o Estipulante é responsável pelo pagamento integral do Prêmio;
- b) quando o vínculo do Segurado Titular com o Estipulante for exclusivamente empregatício, ou seja, para segurados que possuam registro em carteira profissional feito pelo Estipulante antes do sinistro. O registro anterior ao sinistro deve ser comprovado pela Declaração do CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados) do mês imediatamente anterior.

3. RISCO COBERTO

3.1. O risco coberto por esta garantia é a morte do Segurado, por causas naturais ou acidentais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Os riscos excluídos nesta cláusula são os mesmos mencionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos), constante das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na Apólice e vigente na data do evento, podendo corresponder a um valor fixo ou percentual do capital segurado para a cobertura de Morte.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

6. CARÊNCIA

6.1. A Seguradora estabelecerá o prazo de Carência nas condições contratuais, período contado a partir do início da vigência da Apólice, no qual a Seguradora estará isenta do pagamento de qualquer indenização. Para eventos decorrentes de causas acidentais, não haverá carência.

7. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Os documentos necessários à regulação e liquidação de sinistros são:

- a)** formulário de aviso de sinistro, conforme modelo fornecido pela seguradora;
- b)** certidão de óbito do segurado;
- c)** CNPJ, contrato social e comprovante de endereço do estipulante;
- d)** CPF, carteira de identidade e comprovante de residência do segurado;
- e)** carteira de trabalho e/ou contrato de trabalho do segurado;
- f)** termo de rescisão do contrato de trabalho;
- g)** boletim de ocorrência policial (no caso de morte acidental).

8. BENEFICIÁRIO

8.1. Em razão do objetivo da presente cobertura, o Beneficiário será sempre e unicamente o Estipulante.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



www.omint.com.br