

SEGURO DE PESSOAS

Plano Coletivo - Taxa Média

CONDIÇÕES GERAIS E
ESPECIAIS DO PRODUTO



Outubro/2023

1.	OBJETIVO DO SEGURO	11
2.	COBERTURAS.....	11
3.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS	12
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	12
5.	GRUPO SEGURÁVEL	13
6.	GRUPO SEGURADO	14
7.	ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO	14
8.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	16
9.	ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO	17
10.	INCLUSÃO DE SEGURADOS.....	17
11.	CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO INDIVIDUAL DE SEGURADOS.....	18
12.	INÍCIO DA VIGÊNCIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO	19
13.	CARÊNCIAS E FRANQUIAS	20
14.	DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S).....	20
15.	CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.....	21
16.	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL E DO PRÊMIO	21
17.	CUSTEIO DO SEGURO	22
18.	CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO E REENQUADRAMENTO	22
19.	PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO	22
20.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	23
21.	OCORRÊNCIA DE SINISTRO	25
22.	RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	27
23.	JUNTA MÉDICA	28
24.	PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	28
25.	CANCELAMENTO DO SEGURO	29
26.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	30
27.	PRESCRIÇÃO	31
28.	DISPOSIÇÕES GERAIS	31
29.	FORO CONTRATUAL	31

SEGURO DE PESSOAS GLOSSÁRIO

1.	DAS TERMINOLOGIAS DO SEGURO	32
2.	DEFINIÇÕES - TERMOS TÉCNICOS DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS	37

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS COBERTURA DE MORTE

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	40
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	40
3.	CAPITAL SEGURADO	40
4.	BENEFICIÁRIO	40
5.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	40
6.	DISPOSIÇÕES GERAIS	41

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	42
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	42
3.	CAPITAL SEGURADO	42
4.	BENEFICIÁRIO	42
5.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	43
6.	DISPOSIÇÕES GERAIS	43

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	44
2.	CONCEITOS	44
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	49
4.	CAPITAL SEGURADO	50
5.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE DO SINISTRO	50
6.	DISPOSIÇÕES GERAIS	51

COBERTURA AUTÔNOMA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	52
2.	CONCEITOS	52
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	53
4.	CAPITAL SEGURADO.....	54
5.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	54
6.	COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ	55
7.	PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	59
8.	CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	59
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	60

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	61
2.	CONCEITOS	61
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	62
4.	CAPITAL SEGURADO.....	63
5.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	63
6.	COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ	64
7.	PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	68
8.	CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	68
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	68

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	69
2.	COBERTURAS.....	69
3.	INCLUSÃO NA APÓLICE.....	69

4.	CAPITAL SEGURADO.....	69
5.	BENEFICIÁRIO	70
6.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	70
7.	CESSAÇÃO DA COBERTURA	70
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS	70

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	71
2.	COBERTURAS.....	71
3.	INCLUSÃO NA APÓLICE.....	71
4.	CAPITAL SEGURADO.....	71
5.	BENEFICIÁRIOS.....	72
6.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	72
7.	CESSAÇÃO DA COBERTURA	72
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS	72

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	73
2.	DEFINIÇÃO DE FILHOS	73
3.	COBERTURAS.....	73
4.	INCLUSÃO NA APÓLICE.....	73
5.	CAPITAL SEGURADO.....	74
6.	BENEFICIÁRIO	74
7.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	74
8.	CESSAÇÃO DA COBERTURA	74
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	75

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO
FACULTATIVA DE FILHOS**

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	76
2.	DEFINIÇÃO DE FILHOS	76
3.	COBERTURAS.....	76
4.	INCLUSÃO NA APÓLICE.....	76
5.	CAPITAL SEGURADO.....	77
6.	BENEFICIÁRIO	77
7.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	77
8.	CESSAÇÃO DA COBERTURA	77
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	78

**COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)
DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL**

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	79
2.	CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL.....	79
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	79
4.	LIVRE ESCOLHA.....	80
5.	COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS	80
6.	ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	80
7.	INFORMAÇÕES DE APÓLICE.....	81
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS	81

COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	82
2.	PERÍODO DE FRANQUIA	82
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	83
4.	LIMITE DE DIÁRIAS	84
5.	COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE.....	84

6.	DATA DO EVENTO	84
7.	LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO	85
8.	PAGAMENTO DAS DIÁRIAS DE INCAPACIDADE	85
9.	JUNTA MÉDICA	86
10.	CESSAÇÃO DA GARANTIA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE	86
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	86

COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	87
2.	RISCOS COBERTOS	87
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	87
4.	CARÊNCIA.....	89
5.	FRANQUIA	89
6.	LIMITE DE DIÁRIAS	89
7.	CAPITAL SEGURADO.....	89
8.	LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO	90
9.	PAGAMENTO DAS DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO	90
10.	CESSAÇÃO DA COBERTURA	91
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	91

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA CONGÊNITA DO FILHO

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	92
2.	CONCEITO	92
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	92
4.	GRUPO SEGURADO	93
5.	CAPITAL SEGURADO.....	93

6.	CONDIÇÕES DE COBERTURA	93
7.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	93
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS	94

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS COBERTURA DE FUNERAL

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	95
2.	RISCO COBERTO	95
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	95
4.	CAPITAL SEGURADO.....	95
5.	BENEFICIÁRIO	95
6.	REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	95
7.	CARÊNCIA.....	96
8.	INDENIZAÇÃO.....	96
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	97

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS COBERTURA DE CESTA BÁSICA

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	98
2.	RISCOS COBERTOS	98
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	98
4.	CAPITAL SEGURADO.....	98
5.	CARÊNCIA.....	98
6.	BENEFICIÁRIO	98
7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	98
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS	99

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	100
2.	GARANTIA AO ESTIPULANTE	100
3.	RISCO COBERTO	100
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	100
5.	CAPITAL SEGURADO.....	101
6.	CARÊNCIA.....	101
7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	101
8.	BENEFICIÁRIO	101
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	101

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS DA COBERTURA DE FILHOS PÓSTUMOS

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	102
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	102
3.	CAPITAL SEGURADO.....	102
4.	CESSAÇÃO DA COBERTURA	102
5.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	103
6.	BENEFICIÁRIOS.....	103
7.	DISPOSIÇÕES GERAIS	103

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS DA COBERTURA DE ACESSIBILIDADE FÍSICA
POR ACIDENTE**

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	104
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	104
3.	CAPITAL SEGURADO.....	106
4.	CESSAÇÃO DA COBERTURA	106
5.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	106

6.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	107
7.	BENEFICIÁRIOS.....	107
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS	107

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS DA COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO EM CASO DE ACIDENTE

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	108
----	-----------------------------	-----

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS DA COBERTURA DE REEMBOLSO DE CIRURGIA POR ACIDENTE

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	109
2.	DISPOSIÇÕES GERAIS	109

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS DA COBERTURA DE AUXÍLIO NATALIDADE

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	110
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	110
3.	CARÊNCIA.....	110
4.	CAPITAL SEGURADO.....	110
5.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	110
6.	DISPOSIÇÕES GERAIS	111

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	112
2.	PERÍODO E PRAZO DE APURAÇÃO	112
3.	CRITÉRIOS DA APURAÇÃO	112
4.	CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO.....	113

CONDIÇÕES GERAIS

A OMINT Seguros S.A. institui o **Seguro de Pessoas - Plano Coletivo – TAXA MÉDIA**, descrito nestas **Condições Gerais** e nas **Condições Especiais**.

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de Evento Coberto previsto nas coberturas contratadas, durante o período de vigência da apólice/certificado individual, exceto se decorrente de riscos excluídos, respeitando-se o disposto nestas Condições Contratuais.

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 Contratuais:

- a) **Morte;**
- b) **Morte Acidental;**
- c) **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;**
- d) **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;**
- e) **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Antecipação da Cobertura de Morte;**
- f) **Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente;**
- g) **Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente;**
- h) **Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença, Invalidez por Doença Congênita do Filho;**
- i) **Funeral;**
- j) **Cesta Básica;**
- k) **Rescisão Trabalhista;**
- l) **Auxílio Natalidade;**
- m) **Filhos Póstumos;**
- n) **Acessibilidade Física (Adaptação de Residência e/ou veículo);**
- o) **Auxílio Medicamento em caso de Acidente;**

p) Reembolso de cirurgia por Acidente.

2.1.1. Cláusulas Suplementares:

- a) Inclusão Automática de Cônjuge;
- b) Inclusão Facultativa de Cônjuge;
- c) Inclusão Automática de Filhos;
- d) Inclusão Facultativa de Filhos.

2.1.2. Cláusula de Distribuição de Excedente técnico

2.2. As coberturas acima poderão ser contratadas isoladamente, ressalvadas as seguintes hipóteses:

- a) a Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação da Cobertura de Morte deve ser contratada simultaneamente com a Cobertura de Morte;
- b) a Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença.

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

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

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, não declaradas na Proposta de Adesão e que eram de conhecimento do Segurado no momento da contratação, inclusive as congênitas;
- 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, 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;
- i1) Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, tal exclusão 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 onde o mesmo 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. GRUPO SEGURÁVEL

- a) **Segurados Titulares:** aquelas pessoas que mantêm vínculo comprovado com o Estipulante;
- b) **Segurados Dependentes:** os cônjuges/companheiros(as), filhos e enteados considerados dependentes do Segurado Titular pela Legislação do Imposto de Renda.

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

6. GRUPO SEGURADO

6.1. 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 10** (Inclusão de Segurados) e **11** (Condição para Aceitação Individual de Segurados) destas Condições Gerais.

7. ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

7.1. Recebida a Proposta de Contratação assinada pelo Estipulante e Corretor de seguros, 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 será feita por meio do envio, pelo Estipulante, de documento eletrônico fornecido previamente pela OMINT Seguros, contendo, no mínimo, nome completo, data de nascimento, sexo, documento de identificação, valor do capital segurado e/ou salário, data de admissão e cargo/profissão;
- b) as informações solicitadas no item “a” desta Cláusula deverão ser acompanhadas das respectivas Propostas de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde, esta última quando solicitada na Proposta de Contratação, devidamente preenchidas e assinadas por cada proponente, em que declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais;
- c) **cada Proposta de Adesão individual deverá conter os elementos essenciais à análise e aceitação do risco;**
- d) a OMINT Seguros fornecerá ao Estipulante o protocolo que identificará as propostas por ela recepcionadas, com indicação da data e hora de seu recebimento, e procederá à análise de aceitação ou recusa, de acordo com a **Cláusula 11** (Condição para Aceitação Individual de Segurados) destas Condições Gerais.

7.1.1. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos para manifestar-se sobre a Proposta, seja para seguros novos ou reabilitações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. Para análise e aceitação do risco ou da alteração da Proposta, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares durante este prazo.

7.1.2. 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.

7.2. Após a implantação do seguro, o Estipulante deverá encaminhar mensalmente as movimentações (inclusão e exclusão de Segurados) à OMINT Seguros por meio de correspondência, em formato a ser definido nas Condições Contratuais, com os respectivos dados antes mencionados, inclusive as alterações de capitais para análise de aceitação.

7.3. No caso de não aceitação da Proposta de Contratação, 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 proponente segurado, por intermédio do Estipulante, ou ao próprio Estipulante, quando este for responsável pelo custeio integral do seguro, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a partir do momento da formalização da recusa;
- b) o valor devido será atualizado monetariamente pelo índice definido nestas Condições Gerais, a contar da data do pagamento até a data efetiva da restituição, de acordo com a legislação em vigor.

7.4. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora, no prazo de 25 (vinte e cinco) dias, caracterizará a aceitação tácita da Proposta.

7.5. 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) manter a OMINT Seguros informada a respeito das informações dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como qualquer evento que possa no futuro acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitada, qualquer informação relativa ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no boleto, quando este for de responsabilidade do Segurado, no caso de seguros contributários;
- e) repassar os prêmios para a OMINT Seguros nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar o nome da Seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;
- h) comunicar de imediato à OMINT Seguros tão logo tome conhecimento a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar de imediato à SUSEP qualquer procedimento que considerar irregular quanto ao seguro contratado;

- k) fornecer à SUSEP qualquer informação solicitada dentro do prazo por ela especificado;
- l) 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;
- m) pagar os prêmios vencidos nos seguros não contributários; e
- n) não incluir no grupo segurado pessoas que não possuem condição de ingresso na Apólice, sob pena de arcar com as consequências deste ato.

7.6. Qualquer alteração no contrato de seguro somente poderá ser feita mediante aditivo/ proposta assinada pelo Estipulante ou seu representante legal, ressalvada a questão de alterações de capital ou Beneficiários, que somente poderão ser efetuadas mediante autorização por escrito do Segurado.

7.6.1. 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.

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

7.8. Para todos os efeitos de direito, a OMINT Seguros somente tomará conhecimento das circunstâncias expressamente declaradas pelo Estipulante e Proponente Segurado na Proposta de Contratação e Adesão.

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

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

8.2. O início de Vigência é contado a partir das 24 (vinte e 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 no Certificado e Endossos correspondentes.

8.3. 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.

8.4. A Proposta de Contratação 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.

8.5. A Proposta de Contratação 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, ou em data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada na Apólice e/ou Certificados Individuais.

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

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

8.6.1. Caso haja na Renovação da Apólice, alteração que implique em ônus, deveres ou redução de direitos aos Segurados, a concretização da renovação dependerá da anuência prévia e expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

8.6.2. A Apólice poderá ser renovada automaticamente uma única vez pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas na **Cláusula 25 (Cancelamento do Seguro)** destas Condições Gerais.

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

8.6.3.1. A Renovação automática a que se refere o **item 8.6.2** desta Cláusula não se aplicará quando a OMINT Seguros ou o Estipulante comunicarem desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias do final de Vigência da Apólice.

8.6.4. Caso a OMINT Seguros não tenha interesse em renovar a Apólice, deverá comunicar o Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (sessenta) dias que antecedam o final de Vigência da Apólice.

8.6.6. Para a Proposta de renovação, aplicam-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados na Cláusula 7 (Aceitação e Manutenção do Seguro) destas Condições Gerais.

8.7. 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 as novas condições de Renovação do seguro.

9. ÍNDICE MÍNIMO DE ADEÇÃO

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

9.2. 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.

10. INCLUSÃO DE SEGURADOS

10.1. Serão incluídos no seguro somente os Segurados titulares e seus dependentes, conforme autorização na Proposta de Adesão, desde que observadas as condições de aceitação determinadas na Apólice e nestas Condições Gerais.

11. CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO INDIVIDUAL DE SEGURADOS

11.1. 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.**

11.2. A inclusão do proponente individual no seguro far-se-á mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, contendo no mínimo, além dos dados pessoais, o número do CPF, RG ou outro documento oficial com validade no território nacional, o plano escolhido com as respectivas coberturas, prêmios devidos, período de cobertura, **declaração de conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais e Especiais do seguro**, Declaração Pessoal de Saúde, indicação de seu(s) Beneficiário(s), existência de outros seguros de pessoas com coberturas similares, bem como as demais informações previstas nestas Condições Gerais.

11.2.1. Os Proponentes portadores de deficiência deverão ressaltar o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação da responsabilidade da OMINT Seguros.

11.2.2. A Proposta de Adesão será recepcionada pela OMINT Seguros mediante protocolo com indicação da data e hora de seu recebimento e, com base na declaração prestada pelo Proponente, fará a análise para aceitação ou recusa dos riscos propostos.

11.3. Recebida a Proposta de Adesão com todos os dados obrigatórios preenchidos e entregues, a mesma será integralmente aceita abrangendo todas as coberturas, caso a OMINT Seguros sobre ele não se manifeste formalmente, ao Proponente ou ao Estipulante, no prazo de 25 (vinte e cinco) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.

11.4. O prazo de 25 (vinte e cinco) dias do **item 11.3** desta Cláusula será interrompido se a OMINT Seguros solicitar a apresentação de novos documentos ou informações, complementares ou explicativas às contidas na Proposta de Adesão.

11.4.1. Para efeito de análise dos riscos, além do preenchimento da Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde (DPS), a OMINT Seguros reserva-se o direito de exigir do Proponente, sempre que julgar necessário, informações sobre sua situação financeira e relatório médico, acompanhado de exames complementares dos últimos 6 (seis) meses, respeitadas as disposições dos **itens 11.4 e 11.5.1** desta Cláusula.

11.5. A contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for entregue a documentação adicional solicitada.

11.5.1. A negativa do Proponente em submeter-se ao(s) exame(s) implicará na recusa automática do risco pela OMINT.

11.6. A OMINT Seguros deverá, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da sociedade seguradora, no prazo previsto no Artigo 49 da Lei 15.040/24, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

11.7. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do será restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

11.8. **Quaisquer alterações do grupo segurado que acarretem o aumento do risco do contrato, ocorridas durante a Vigência do seguro, deverão ser comunicadas por escrito à OMINT Seguros, de forma a permitir que sejam feitos os devidos ajustes no seguro.**

11.9. As Condições Contratuais estabelecerão se os aposentados poderão ser incluídos no seguro, desde que não tenham sido aposentados por invalidez.

11.10. Os Segurados que se aposentarem durante a vigência da Apólice, rompendo o vínculo mantido com o Estipulante, e desde que não tenham sido beneficiados pela Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação da Cobertura de Morte, podem ser mantidos no seguro, com o devido pagamento do prêmio, sem redução de seu capital segurado se assim desejarem, salvo manifestação em contrário.

11.11. Somente poderão ser incluídas no seguro as pessoas pertencentes ao Grupo Segurável que não estiverem afastadas do trabalho, com o devido pagamento do Prêmio, na data fixada para início do respectivo risco individual por motivo de doença ou acidente.

11.12. **Para os 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.**

11.12.1. **É vedada ao Segurado afastado toda e qualquer alteração de capital decorrente de aumento por promoção durante todo o período de seu afastamento. Fica garantida, entretanto, a sua participação em qualquer alteração decorrente de correção monetária ou reajustes de salários que venham ser aplicados à totalidade do Grupo Segurado.**

12. INÍCIO DA VIGÊNCIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO

12.1. **O início de Vigência do risco individual, conforme Cláusula 11 (Condição para Aceitação Individual de Segurados) e subitens, será o seguinte:**

- a)** os Certificados ou Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas neles indicadas;

- b) a Proposta de Adesão 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;
- c) a Proposta de Adesão recepcionada com adiantamento de Prêmio terá seu início de vigência na data em que a OMINT Seguros receber a Proposta assinada pelo Proponente.

12.2. No início de cada Vigência individual do seguro, bem como nos aniversários subsequentes (renovações), a OMINT Seguros providenciará a emissão e o envio do Certificado de seguro, com os nomes dos Segurados e dependentes, se for o caso, data de início e final de Vigência do seguro, capital segurado e prêmio de cada cobertura, Prêmio total, além das demais informações determinadas pela Susep.

12.3. 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.

13. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

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

13.1.1. Adotada a carência, ao Estipulante e/ou Segurado fica assegurada a prorrogação automática da Apólice por período no mínimo correspondente à carência fixada, respeitada a prerrogativa de seu cancelamento pela OMINT Seguros por impossibilidade de manutenção do Grupo Segurado nos termos do disposto na **Cláusula 25** (Cancelamento do Seguro) destas Condições Gerais. O período de Carência não poderá ser superior a 2 (dois) anos, nem poderá exceder metade do prazo de Vigência da Apólice.

13.1.2. Não poderá ser estabelecida carência para 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 as parcelas aumentadas dos capitais solicitados após o início de vigência individual.

14. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

14.1. 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.

14.2. 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.

14.3. 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).

14.4. 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.

14.5. 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.

14.6. Se a OMINT Seguros não for cientificada até o período estabelecido no **item 14.5** desta Cláusula, quanto à substituição de Beneficiário(s), desobrigar-se-á, pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

14.7. 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.

15. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

15.1. Para fins deste seguro, o Capital Segurado estabelecido no Certificado Individual e na Apólice é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, de acordo com as Condições Especiais do seguro.

15.2. O Capital Segurado para cada cobertura contratada pelo Segurado estará estabelecido no Certificado Individual e na Apólice.

15.3. O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar alteração do valor do capital segurado, por meio do envio de Proposta de Alteração, ficando a critério da OMINT Seguros sua aceitação ou não de acordo com a **Cláusula 11** (Condição para Aceitação Individual de Segurados) e **Cláusula 12** (Início de Vigência Individual de cada Segurado) destas Condições Gerais, procedendo, se aceita a proposta, alteração do prêmio, quando couber.

16. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL E DO PRÊMIO

16.1. O Capital Segurado e por consequência, o respectivo Prêmio, 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 16.2** da Cláusula 16 destas Condições Gerais, 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.

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

16.2.1. 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.

17. CUSTEIO DO SEGURO

17.1. Para fins deste seguro e de acordo com a Proposta de Contratação, o custeio pode ser:

- a) **Não Contributário:** é o seguro em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento integralmente sobre o Estipulante. Neste tipo de seguro, serão incluídos na Apólice todos os componentes do Grupo Segurável que preencherem e assinarem a Proposta de Adesão, excetuando-se apenas as pessoas não aceitas no seguro ou impedidas de serem seguradas;
- b) **Contributário:** é o seguro em que os Segurados pagam o Prêmio, total ou parcialmente. Neste tipo de seguro, serão incluídos na Apólice somente os componentes do Grupo Segurável que preencherem e assinarem Proposta de Adesão, requerendo expressamente sua inclusão e forem aceitos no seguro.

18. CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO E REENQUADRAMENTO

18.1. Adotar-se-á a taxa média, 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.

18.1.1. A taxa média será acrescida dos carregamentos técnicos e de impostos.

18.1.2. 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 a vigente em mais de 10% (dez por cento), ou a qualquer época caso haja alterações substanciais na composição do grupo que justifiquem seu recálculo.

19. PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO

19.1. O Prêmio mensal individual será o produto da taxa média, calculado quando da contratação do seguro, pelo capital individual de cada cobertura contratada, sendo o prêmio total mensal a somatória dos prêmios individuais.

19.2. A OMINT Seguros poderá anualmente, no aniversário da Apólice ou com a periodicidade definida nas Condições Contratuais, recalculas as taxas e alterar o faturamento dos prêmios mensais se a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, ou seja, o volume de sinistros pagos e avisados superar o de prêmios líquidos arrecadados.

19.3. Caso a alteração de taxa prevista no item anterior implique em ônus, dever ou a redução dos direitos do Segurado deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos 75% (setenta e cinco por cento) do Grupo Segurado, exceto quando da aplicação dos índices de atualização monetária e reenquadramento previstos nas Condições Gerais e Especiais.

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

20. PAGAMENTO DO PRÊMIO

20.1. 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) nome do Segurado Individual, para os seguros contributários;
- c) valor do Prêmio;
- d) data de emissão;
- e) número da Apólice;
- f) data limite para o pagamento.

20.1.1. A OMINT Seguros encaminhará o documento a que se refere o **subitem 20.1** desta Cláusula diretamente ao Estipulante ou 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.

20.2. 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.

20.2.1. O pagamento na forma acima não caracterizará fracionamento do Prêmio.

20.2.2. 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 os prêmios sejam pagos na forma mensal, nenhuma devolução de prêmio será devida.

20.2.3. Caso o Estipulante opte pelo pagamento de prêmios de forma anual, cada pagamento será correspondente a um ano de cobertura.

20.2.4. Caso o Estipulante opte por outra periodicidade de pagamento, a parcela mínima corresponderá a 1/12 (um doze avos) do Prêmio anual e o período de Cobertura será adequado ao Prêmio pago.

20.2.5. 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**

16.2 até a data de ocorrência do evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

20.3. Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, a OMINT Seguros ficará obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.

20.4. 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.

20.4.1. Quando o pagamento for efetuado por meio da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o **subitem 20.1** da Cláusula 20 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.

20.5. 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.

20.6. No caso de seguros contributários, a OMINT Seguros poderá delegar ao Estipulante, sob sua exclusiva responsabilidade, a cobrança e recolhimento dos prêmios perante os Segurados.

20.6.1. A delegação acima mencionada poderá ser revogada a qualquer tempo pela OMINT Seguros mediante notificação por escrito ao Estipulante, com 30 (trinta) dias de antecedência.

20.6.2. Se o Estipulante deixar de recolher à OMINT Seguros os prêmios de seguro contributivo recebidos dos Segurados, tal fato não dará direito ao cancelamento da Apólice frente aos Segurados que tenham efetuado o pagamento, por ferir direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita por parte do Estipulante, o qual estará sujeito às cominações legais.

20.6.3. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados a título de Prêmio do seguro qualquer valor além daquele fixado pela OMINT Seguros.

20.6.4. Caso o mesmo receba juntamente com o prêmio qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar nos documentos de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

20.6.5. Quando a forma de cobrança for desconto ou consignação em folha de pagamento, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo ou mediante pedido do Segurado por escrito.

20.6.6. Os prêmios cobrados por meio de desconto ou consignação em folha de pagamento, não sendo o empregador o Estipulante do seguro, deverão ser recolhidos diretamente à Seguradora mediante fatura ou documento de cobrança por ele apresentado por meio da rede bancária.

20.7. O(s) prêmio(s) do seguro pagos em atraso terá(ão) seu(s) valor(es) atualizado(s) monetariamente a partir da data de vencimento original da parcela até a data do efetivo pagamento pelo índice indicado no **subitem 16.2** da **Cláusula 16** destas Condições Gerais.

20.7.1. Sem prejuízo do **item 20.8** desta Cláusula, incidirá(ão) ainda sobre o(s) prêmio(s) de seguro referente(s) ao período em atraso juros moratórios legais, calculados pró-rata- die.

20.8. 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.

20.9. 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.

20.9.1. Na hipótese de recusa do recebimento da notificação ou, por qualquer motivo, o Estipulante 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.

20.9.2. 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.

20.10. 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.

20.11. 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.

21. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

21.1. 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.

1.1.1. 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 de atendimento através do e-mail atendimento@omintseguros.com.br disponibilizado pela OMINT Seguros.

21.1.1. 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.

21.2. 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 22 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro)** e aqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

21.2.1. 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.

21.3. 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 22 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro)** e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no **subitem 21.2** 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.

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

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

21.4.2. 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.

21.5. 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 22 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro)** e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no item 21.4.2 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.

21.5.1. Não respeitado o prazo previsto no **subitem 21.4.2** 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.

21.5.2. 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.

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

21.7. 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.

21.8. 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.

22. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Para regulação e 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:

22.1. Para qualquer sinistro

Formulários fornecidos pela OMINT Seguros e devidamente preenchidos em todos os seus campos:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro;
- b) Formulário de informações cadastrais, autorização de crédito e quitação de sinistros;
- c) Declaração de únicos Herdeiros, na hipótese de inexistir indicação de Beneficiário, nos termos do item 14.2 da Cláusula 14 (Designação e Alteração de Beneficiários)

22.1.2. Documentos do Segurado (cópia simples):

- a) Carteira de Identidade (RG) ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
- b) CPF;
- c) Comprovante de residência do Segurado (data recente);
- b) Cópia da Carteira de trabalho, se houver.

22.1.3. Documentos do(s) Beneficiário(s) (cópia simples):

- a) Carteira de Identidade (RG), ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
- b) CPF;
- c) Comprovante de residência do(s) Beneficiário(s),
- d) 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;
- e) Cópia do Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es);
- f) 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 passada em cartório feita 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.

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

22.3. 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.

22.4. Nos termos das cláusulas 21.3 e 21.5, 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.

23. JUNTA MÉDICA

23.1. No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas à existência de cobertura, 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 verificação da controvérsia, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela OMINT Seguros, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido em conjunto pelos dois nomeados.

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

23.2. Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela OMINT Seguros.

24. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

24.1. A OMINT Seguros não pagará qualquer indenização com base no presente seguro se o Estipulante, Segurado, seu representante ou o Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir, de forma dolosa, circunstâncias na Proposta de Contratação, Proposta de Adesão ou Declaração Pessoal de Saúde que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do prêmio, além de estar o Segurado, nos seguros contributários, ou o Estipulante, nos seguros não contributários, obrigados 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 24.1.1.

24.1.1 Se a inexatidão 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 culposos, 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.

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.

24.1.2. 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.

24.1.3. 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.

24.2.1. 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 ou Corretor de Seguros ou Estipulante:

- a) tentativa de qualquer parte de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;
 - b) inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas neste seguro;
 - c) 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. CANCELAMENTO DO SEGURO

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

25.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará rescindido, 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 20.8 da Cláusula 20 destas Condições Gerais e esgotados os prazos de notificação previstos nos arts. 20 e 21 da Lei nº 15.040/2024;
- b) automaticamente, com a morte do Segurado ou com o pagamento da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação da Cobertura de Morte;
- c) mediante solicitação pelo Estipulante/Segurado à OMINT Seguros;
- d) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais ou das Condições

Especiais;

- e) 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;
- f) quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio, no caso de seguro contributivo, observado o item 20.9 da Cláusula 20 destas Condições Gerais;
- g) com a cessação do vínculo concreto entre o Segurado titular e o Estipulante; e
- h) com a caracterização de invalidez permanente e total de um ou mais membros do Segurado, que determine o pagamento integral do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

25.3. O pagamento de prêmios pelo Estipulante ou Segurado, de qualquer valor, à OMINT Seguros após a data da rescisão não implica na reabilitação do seguro nem gera qualquer efeito, devendo ser devolvido devidamente corrigido.

25.4. No caso de resilição 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 decorrido.

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

26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

26.1. 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.

27. PRESCRIÇÃO

27.1. Qualquer direito do Segurado e/ou Beneficiário(s) com fundamento na presente Apólice prescreve nos prazos estabelecidos pela Lei 15.040/2024.

28. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

28.3. 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.

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

29. FORO CONTRATUAL

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

OMINT SEGUROS S.A.**SEGURO DE PESSOAS 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: evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência do Seguro, 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 ainda neste 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.

Não se incluem no conceito de Acidente Pessoal:

- 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 “invalidez 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 de prejuízo à Seguradora, que aumente a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do 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).

Atividade Profissional: ocupação profissional declarada pelo Segurado/Estipulante, reconhecida legalmente, da qual ele aufera seu rendimento e provém seu sustento.

Atividade Laborativa Principal: aquela por meio da qual o Segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual.

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.

Beneficiário(s): a(s) pessoa(s) designada(s) pelo Segurado Titular para receber o valor do Capital Segurado na hipótese de ocorrência do Sinistro. Na falta de indicação expressa de beneficiários, tal apuração será feita nos termos da lei vigente.

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: resolução 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 e Adesão 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, no caso de ocorrência do, o Segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento dos capitais seguros 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 oferecidas pela OMINT Seguros, definidas nas Condições Especiais. As Coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente da Apólice de Seguro.

Comoriência: fenômeno jurídico que ocorre quando dois ou mais indivíduos falecem na mesma ocasião, não se podendo averiguar se algum dos comorientes precedeu aos outros, presumindo-se simultaneamente mortos.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também aqui denominadas Condições Gerais e Condições Especiais.

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: intermediário (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.

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.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: conjunto de informações fornecidas pelo Proponente à Seguradora sobre as condições de saúde, seu histórico médico familiar e suas atividades, na data da assinatura do referido documento, que configura parte integrante da Proposta de Contratação, responsabilizando-se o Proponente/Segurado pela veracidade e integralidade das informações prestadas.

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-verbador quando não participar do custeio.

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

Formulário de Aviso de Sinistro: é o documento obrigatório para que seja feita a comunicação formal da ocorrência do sinistro. Ao Formulário de Aviso de Sinistro devem ser anexados os documentos básicos solicitados nas Condições Gerais e Especiais, de acordo com a cobertura pleiteada.

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

Grupo Segurável: aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm 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.

Início da Vigência: data a partir da qual a(s) cobertura(s) contratada(s) será(ão) garantida(s) pela Seguradora.

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 em caso de evento coberto.

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

Processo SUSEP: é o número de registro do produto junto à SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), a ser comercializado pela OMINT Seguros.

Proponente: pessoa física ou jurídica interessada em contratar a(s) cobertura(s) do seguro ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva, por meio do preenchimento da Proposta de Adesão.

Proposta de Adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física vinculada ao Estipulante, expressa a intenção de contratar Cobertura(s), declarando ter tido prévio e pleno conhecimento das Condições Gerais e Especiais da Apólice.

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: estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse 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 do contrato de Seguro por novo período, 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 não cobertos pelo seguro, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais.

Seguradora: sociedade legalmente autorizada que, mediante recebimento do Prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto. É a OMINT Seguros S.A..

Segurado: pessoa física incluída no Seguro em relação à qual se estabelecerá o Contrato de 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.

2. DEFINIÇÕES - TERMOS TÉCNICOS DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS

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.

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 ao mesmo, 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 o 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. 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 Anatomopatológico 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura garante, **desde que contratada**, ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado, em caso de morte do Segurado, 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, estabelecida na Apólice e no Certificado de seguro, vigente na data do evento.

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

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 14 (Designação e Alteração de Beneficiário(s)) das Condições Gerais e disciplinado pelo artigo 115 da Lei nº 15.040/2024.

5. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) 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:

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

- a) Formulário de aviso de sinistro;**
- b) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;**
- c) Cópia do RG, CPF e Comprovante atualizado de endereço nominal ao Segurado ;**

- d) Cópia da ficha de registro completa e atualizada, em caso de sócio enviar cópia do contrato social atualizado;**
- e) Cópia dos 3 últimos holerites, em caso de sócios enviar os 3 últimos pró-labores;**
- f) Declaração pessoal de saúde (DPS) com designação de beneficiários, na falta enviar Declaração de únicos herdeiros constando o nome de todos os beneficiários e com reconhecimento de assinaturas dos beneficiários, declarante e testemunhas em cartório;**
- g) Cópia da Certidão de Casamento atualizada com a averbação do óbito do Segurado;**
- i) Formulário de informações cadastrais, Autorização de Crédito e Termo de quitação de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo (s) beneficiário (s).**

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 da 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 garante, **desde que contratada**, ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado, 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, desde que contratada, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e destas Condições Especiais.

1.2. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante do Definições Termos Técnicos das Condições Gerais deste seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. 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).

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. 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.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente sofrido pelo 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 14 (Designação e Alteração de Beneficiário(s)) das Condições Gerais e disciplinado pelo artigo 115 da Lei nº 15.040/2024.

5. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) 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) 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 da 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.

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 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 da Cláusula 27 (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial 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 cumulam.

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 por Invalidez Permanente por Acidente.

2.2.4. No caso 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 máximo, médio e 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, considerando-se 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 e demais documentos constantes da relação de documentos.

2.2.14. Caso haja caracterização de invalidez permanente e total de um ou mais membros 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

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE PORACIDENTE	
DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTETOTAL	%
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		
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)		
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 prolapse	30
Incontinência fecal com prolapse	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, 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. 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 sofrida pelo Segurado.

5. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) 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:

- 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 AUTÔNOMA 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 do Segurado, 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 Autônômicas do Segurado.

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 de 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) a 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. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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:

- 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	<p>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.</p>	00
	<p>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.</p>	10
	<p>3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	20

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p>1º GRAU:</p> <p>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.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>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.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>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),</p> <p>QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OUTÉCNICO.</p>	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1º GRAU:</p> <p>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.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>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).</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>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.</p>	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 REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

6.4. As despesas desembolsadas pelo Segurado, objetivando demonstrar a Invalidez Funcional Permanente 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.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. Com o pagamento do Capital Segurado por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, efetivamente comprovada, se extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura. Nessa hipótese, os Prêmios relativos à Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, eventualmente pago 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 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 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

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao Segurado a antecipação do pagamento do Capital Segurado contratado para a cobertura de Morte, em caso de caracterização da invalidez funcional permanente e total do Segurado, 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 destas Condições Especiais, das Condições Gerais do Seguro e da legislação aplicável.

1.2. O pagamento do Capital Segurado em função da caracterização da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, desde que efetivamente comprovada, será considerado como uma antecipação da Cobertura de Morte, razão pela qual seu pagamento extinguirá imediata e automaticamente a Cobertura de Morte, assim como o presente 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 do Segurado.

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 das exclusões previstas na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta 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 em 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 e Total por Doença.

4.2. 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. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE 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:

- 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 em Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos **subitens 2.2 e 2.3** destas Condições Especiais e que justifique a inviabilidade de Pleno Exercício das Relações Autônomicas 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.

5.1.3. 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	<p>1º GRAU:</p> <p>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.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>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.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	20

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p>1º GRAU:</p> <p>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.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>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.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>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),</p> <p>QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OUTÉCNICO.</p>	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1º GRAU:</p> <p>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.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>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).</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>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.</p>	20

TABELA 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

6.4. As despesas desembolsadas pelo Segurado, objetivando demonstrar a Invalidez Funcional Permanente 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.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. O pagamento do Capital Segurado por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, desde que efetivamente comprovada, será considerado como uma antecipação da Cobertura de Morte, sendo que seu pagamento extinguirá imediata e automaticamente a cobertura de Morte, assim como o presente certificado individual de seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

8.2. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta cobertura contratada 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 AUTOMÁTICA 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, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, Funeral, Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente e Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença poderão ser estendidas aos cônjuges, quando expressamente contratadas e ratificadas na Apólice e Certificado individual. **As demais coberturas não são extensivas ao cônjuge.**

3. INCLUSÃO NA APÓLICE

3.1. A inclusão do cônjuge ocorrerá de forma automática a partir da inclusão do Segurado Titular no seguro.

3.2. Também haverá a inclusão automática do cônjuge, a partir da data da união civil, quando posterior à inclusão do Segurado Titular no seguro.

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 de Seguro, vigente na data do evento, conforme definido nas Condições Gerais e Especiais de cada Cobertura.

4.2. O Capital Segurado para cada Cobertura contratada para o cônjuge corresponderá a um percentual do capital do Segurado Principal, limitado a 100% deste, conforme estabelecido na Apólice.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. O Capital Segurado para as coberturas de Morte e Morte Acidental será devido ao Segurado Titular.

5.2. A indenização da cobertura de Funeral, limitada ao Capital Segurado contratado, será paga àqueles que provarem que arcaram com as despesas de funeral do Segurado.

5.3. No caso das Coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente e Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença, desde que contratada a respectiva cobertura e caracterizado o sinistro, o Beneficiário será o próprio cônjuge.

6. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 21** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritas na **Cláusula 22** (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(a) é reconhecida(o) como Beneficiária(o).**

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

7.1. 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 Segurado Titular; e) a separação de fato, judicial ou divórcio do casal;
- d) a dissolução do vínculo entre o cônjuge e o 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, tem como objetivo garantir a inclusão do Cônjuge do Segurado Principal 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 Principal, 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 de Segurados Principais.**

2. COBERTURAS

2.1. As coberturas de Morte, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, Funeral, Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente e Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença poderão ser estendidas aos cônjuges, quando expressamente contratadas e ratificadas na Apólice e Certificado de seguro. **As demais coberturas não são extensivas.**

3. INCLUSÃO NA APÓLICE

3.1. A inclusão do Cônjuge se dará de forma facultativa, mediante a solicitação expressa do Segurado Titular no momento do preenchimento de Proposta de Adesão.

3.2. **O Segurado Titular assume total responsabilidade sobre as declarações relativas ao Cônjuge.**

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 de Seguro, vigente na data do evento, conforme definido nas Condições Gerais e Especiais de cada Cobertura.

4.2. O Capital Segurado para cada cobertura contratada para o cônjuge corresponderá a um percentual do capital do Segurado Titular, limitado a 100% deste, conforme estabelecido na Apólice.

5. BENEFICIÁRIOS

5.1. O capital segurado para as coberturas de Morte e Morte Acidental será devido ao Segurado Titular.

5.2. A indenização da cobertura de Funeral, limitada ao Capital Segurado contratada, será paga àqueles que provarem que arcaram com as despesas de funeral do Segurado.

5.3. No caso das Coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente e Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença, desde que contratada a respectiva cobertura e caracterizado o sinistro, o Beneficiário será o próprio cônjuge.

6. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 21** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritas 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(a) é reconhecida(o) como Beneficiária(o).**

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

7.1. 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 dependente e o 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS

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.

2.2. Não podem ser incluídos nesta Cobertura os filhos que façam parte do Grupo Segurado como Segurados Titulares.

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas de Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas poderão ser estendidas aos filhos, quando expressamente contratadas e ratificadas na Apólice e Certificado de seguro. As demais coberturas não são extensivas.

3.2. Para menores de 14 anos, nos termos da legislação específica, é permitida exclusivamente a contratação da cobertura de 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. INCLUSÃO NA APÓLICE

4.1. A inclusão dos Filhos ocorrerá de forma automática a partir da inclusão do Segurado Titular no seguro.

4.2. Também haverá a inclusão automática dos Filhos, a partir da data de seu nascimento, quando posterior à inclusão do Segurado Titular no seguro.

4.3. 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.

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 de seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado para cada cobertura contratada para o filho corresponderá a um percentual do Capital do Segurado Titular, limitado a 100% deste, conforme estabelecido na Apólice.

6. BENEFICIÁRIO

6.1. O Capital Segurado para as coberturas de Morte e Morte Acidental será devido ao Segurado Titular.

6.2. A indenização da cobertura de Funeral, limitada ao Capital Segurado contratado, será paga àqueles que provarem que arcaram com as despesas de funeral do Segurado.

6.3. No caso das Coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, desde que contratada a respectiva cobertura e caracterizado o sinistro, o Beneficiário será o próprio filho.

7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 21** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritas 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.**

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;**
- 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.**

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 FACULTATIVA DE FILHOS

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.

2.2. Não podem ser incluídos nesta cobertura desta cláusula os filhos que façam parte do Grupo Segurado como Segurados Titulares.

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas de Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Funeral, Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas poderão ser estendidas aos filhos, quando expressamente contratadas e ratificadas na Apólice e Certificado de seguro. **As demais coberturas não são extensivas.**

3.2. Para menores de 14 anos, nos termos da legislação específica, é permitida exclusivamente a contratação da cobertura de 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. INCLUSÃO NA APÓLICE

4.1. A inclusão dos Filhos ocorrerá de forma facultativa, mediante a solicitação expressa do Segurado Titular através do preenchimento da Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde.

4.2. O Segurado Titular assume total responsabilidade sobre as declarações relativas aos Filhos.

4.3. 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.

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 de seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado para cada cobertura contratada para o filho corresponderá a um percentual do capital do Segurado Titular, limitado a 100% deste, conforme estabelecido na Apólice.

6. BENEFICIÁRIO

6.1. O Capital Segurado para as coberturas de Morte e Morte Acidental será devido ao Segurado Titular.

6.2. A indenização da cobertura de Funeral, limitada ao Capital Segurado contratado, será paga àqueles que provarem que arcaram com as despesas de funeral do Segurado.

6.3. No caso das Coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, desde que contratada a respectiva cobertura e caracterizado o sinistro, o Beneficiário será o próprio filho.

7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 21 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritas 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.****

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;**

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.

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

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO) DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, tem como objetivo garantir ao Segurado, até o limite do Capital Segurado contratado, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para tratamento das lesões decorrentes exclusivamente de acidente pessoal coberto pela Apólice, conforme orientação médica, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data da ocorrência do acidente.

1.2. Como tratamento, consideram-se inclusive a internação hospitalar a critério do médico-assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório, bem como despesas de pronto-socorro, assistência de enfermeiro(s) diplomado(s) e honorário(s) de médico(s) e dentista(s).

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

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 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) ato reconhecidamente perigoso, inclusive atividade física radical, que não seja motivado por necessidade justificada e da prática, pelo(s) Segurado(s), de atos ilícitos ou contrários à lei;
- b) 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;
- c) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam o competente atestado de navegabilidade em vigor; 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;

- d) os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros).

3.2. Este seguro também não garante:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e de dietas especiais, bem como qualquer despesa com acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente pessoal;
- c) despesas decorrentes de eventos não cobertos, previstos nas Condições Gerais deste seguro.

4. LIVRE ESCOLHA

4.1. É facultada ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados para o exercício da profissão.

5. COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

5.1. O Segurado deverá comprovar, juntamente com o Aviso de Sinistro, as despesas médicas, hospitalares e odontológicas incorridas, mediante a apresentação dos recibos originais, receitas médicas, exames radiológicos, ultrassonográficos, tomográficos e de comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado do médico-assistente e eventuais contas hospitalares.

5.2. Devem ser anexadas também cópias dos seguintes documentos:

- a) Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;
- b) RG, CPF e Certidão de Nascimento ou Casamento, emitida após o acidente pessoal;
- c) Comprovante de Residência.

6. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As indenizações por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas em razão de Acidente Pessoal (DMHO) são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente seguro, isto é, não ocorrerá o abatimento do valor pago em relação a esta cobertura do Capital Segurado eventualmente devido quanto às coberturas de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Segurado.

7. INFORMAÇÕES DE APÓLICE

7.1. O segurado deverá comunicar, no momento da assinatura da Proposta de Adesão ou da solicitação de aumento de capital segurado, a contratação de outros seguros de pessoas que também prevejam cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas em razão de Acidente Pessoal, sob pena de perda de direito.

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 DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, tem como objetivo garantir ao Segurado o pagamento do valor correspondente à diária contratada, nos limites estabelecidos na Apólice, para cada dia em que o mesmo estiver impedido, involuntária e temporariamente, de trabalhar, em razão de quadro clínico incapacitante, causado exclusivamente por acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do seguro, desde que devidamente coberto, mediante comprovação, conforme critérios especificados na **Cláusula 5** destas Condições Especiais, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais do Seguro e da legislação aplicável.

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

1.3. A incapacidade temporária é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

1.4. Esta Cobertura não poderá ser contratada simultaneamente com a Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença.

1.5. O número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada para o mesmo evento.

1.6. Caso o Segurado retorne à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido o mesmo acidente coberto, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre eles seja superior a 6 (seis) meses.

2. PERÍODO DE FRANQUIA

2.1. Para a presente cobertura, aplicar-se-á franquia de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do Segurado de sua atividade profissional, por determinação médica, conforme especificação na Apólice e Condições Contratuais. Durante tal período, o Segurado não terá direito ao recebimento do valor das diárias de incapacidade, cujos pagamentos serão devidos a partir do 16º (décimo sexto) dia e até o prazo máximo determinado na Apólice, de acordo com o limite disciplinado pela **Cláusula 4.1**.

2.2. O Segurado somente terá direito à garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida na Apólice e desde que o período seja consecutivo e ininterrupto.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, e ainda eventos decorrentes de:

- **Acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);**
- **Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;**
- **Entesopatia;**
- **Entorses, distensões, contusões;**
- **Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;**
- **Fraturas patológicas;**
- **Lesões intra-articulares de joelho;**
- **Lesões que não exijam atendimento médico;**
- **Luxação de ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);**
- **Síndromes compressivas nervosas;**
- **Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como de intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- **Danos estéticos;**
- **Cirurgias plásticas, exceto as pós-acidentais restauradoras que sejam necessárias para restabelecimento do Segurado em decorrência de acidente coberto;**
- **Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- **Doenças mentais ou psiquiátricas;**
- **Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;**
- **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**

- Lesões corporais, bem como suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual;
- Automutilações e lesões auto infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são, salvo hipótese de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial do contrato;
- Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;
- Eventos não decorrentes de acidente pessoal coberto.

4. LIMITE DE DIÁRIAS

4.1. O limite máximo de diárias devidas será estabelecido na Apólice, conforme Condições

Contratuais estabelecidas com o Estipulante/Segurado, observando-se o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, computado neste total o período de franquia, conforme subitem 2.1.

5. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE

5.1. O aviso do afastamento à OMINT Seguros deverá ser realizado pelo Segurado ou por seu representante legal, apresentando relatório médico original que indique detalhadamente o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento, podendo ainda a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar quaisquer outros documentos a fim de obter mais esclarecimentos sobre o evento, sendo que neste caso o prazo indicado no **item**

21.2 da Cláusula 21 das Condições Gerais ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas todas as exigências.

5.2. A Apólice estabelecerá prazo durante o qual o Segurado não poderá usufruir novamente do benefício da Cobertura de Diárias por Incapacidade, contando-se referido prazo a partir da data do retorno do seu último afastamento. Cumprido este prazo, a Cobertura se restabelecerá.

6. DATA DO EVENTO

6.1. Considera-se como data do evento a data do acidente que determinou o afastamento temporário do Segurado de suas atividades profissionais, documentalmente comprovada.

7. LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

7.1. Os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) Formulário de AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópias autenticadas dos documentos de identidade, CPF e comprovante de residência do segurado;
- c) Relatório médico comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- d) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- e) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo conduzido pelo Segurado;
- f) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

8. PAGAMENTO DAS DIÁRIAS DE INCAPACIDADE

8.1. Com base na comunicação e comprovantes do evento e, estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária, nos termos desta Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento do valor das diárias, obedecendo aos critérios abaixo expostos.

8.2. Quando a incapacidade temporária do Segurado superar o período de 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado imediatamente após consulta com o médico assistente.

8.3. A critério da Seguradora, e desde que definido na Apólice, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente, com base nas diárias de afastamento determinadas, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais.

8.4. De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve incapacitado de exercer suas atividades profissionais, a contar do primeiro dia de afastamento, após dedução do período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite máximo de diárias estabelecido na Apólice.

8.5. Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente à quantidade de dias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do primeiro dia de afastamento de suas atividades profissionais, após dedução do período de franquia contratado, até a alta médica.

8.6. O segurado deve autorizar seu médico-assistente e as entidades de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidas no seu atendimento a fornecer as informações clínicas solicitadas

pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como concordar em submeter-se à realização de exame médico pericial a ser realizado por médico indicado pela Seguradora.

8.7. Estando o Segurado em gozo da presente cobertura, somente fará jus ao recebimento de diárias adicionais em consequência de outro acidente pessoal sofrido neste período pelo tempo que ultrapassar o período de afastamento determinado pelo primeiro evento.

9. JUNTA MÉDICA

9.1. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, serão submetidas a uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão rateados entre o Segurado e a Seguradora em partes iguais.

9.2. A Seguradora formalizará por escrito a possibilidade de constituição de junta médica, no prazo máximo de 15 dias, decorrido da data da contestação do Segurado.

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

9.4. Caso o Segurado se recuse a submeter-se a exames ou perícias para constatação da incapacidade e/ou elucidação das divergências, o direito à indenização ficará automaticamente suspenso.

10. CESSAÇÃO DA GARANTIA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE

10.1. A garantia de Diária de Incapacidade cessará:

- a) com o cancelamento da Apólice;**
- b) com o cancelamento desta Cobertura Especial;**
- c) com a ocorrência da morte do Segurado ou sua invalidez total e permanente;**
- d) espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo Segurado ou;**
- e) quando esgotado o limite máximo de diárias contratado antes do final de vigência da Apólice, computado, para este fim, o período de franquia aplicável.**

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. 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.

11.2. 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 DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o pagamento ao Segurado de um valor diário fixo por dia de hospitalização a que for submetido em consequência de acidente pessoal ou doença, de acordo com os riscos cobertos e Condições Contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Estão cobertas as diárias de internação hospitalar do Segurado, determinadas por médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória, por motivo de acidente pessoal ou doença, ocorrida durante a vigência individual do seguro, após o período de carência, se houver, e considerado o período de franquia contratado.

2.2. Esta cobertura não garante a internação ou vaga em hospital, que devem ser procuradas pelo Segurado, seu médico ou por quem os represente.

2.3. Para os fins desta cláusula, entende-se:

Hospital: Estabelecimento público ou privado, legalmente constituído, licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos, clínicos ou cirúrgicos, em regime de internação.

Hospitalização ou Internação Hospitalar: É a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

2.4. O número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada pelo mesmo evento.

2.5. Caso o Segurado seja submetido a mais de uma internação que tenha por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença, tais internações serão consideradas como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.

2.6. Esta Cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura reclamações que abranjam:

- Doenças mentais, psiquiátricas, estresse e depressão, incluindo as internações em departamentos psiquiátricos de hospitais gerais ou prontos-socorros para tratamento destas doenças e/ou aquelas que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- Internações domiciliares (home-care);
- Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilo e casas de repouso;
- Internações para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica.
- Diálises e hemodiálises;
- Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como de intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- Cirurgias para correção de fimose, ligadura de trompas ou vasectomia, tratamentos para infertilidade ou inseminação artificial;
- Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, tratamentos rejuvenescedores, para obesidade ou emagrecimento, incluindo gastroplastia redutora;
- Cirurgias plásticas e despesas com compra de prótese, confecção de óculos e lentes de contato (salvo as cirurgias pós-acidentais restauradoras e as reparadoras de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas);
- A perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (como avaliações periódicas preventivas — “check-ups”), repouso ou geriatria;
- Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- Internações hospitalares realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
- Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- Lesões corporais, bem como suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual;

- Automutilações e lesões auto infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são, salvo hipótese de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial do contrato;
- Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;
- Eventos não decorrentes de risco coberto.

4. CARÊNCIA

4.1. A Carência para Diárias de Internação Hospitalar será estabelecida na Apólice, não podendo ser superior a 60 (sessenta) dias, contados da data de início do risco individual, do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento ou da recondução do seguro, se suspenso, não havendo cobertura para internações decorrentes de doenças iniciadas antes ou durante o referido período.

4.2. A referida Carência não é aplicável para internações decorrentes de acidente pessoal coberto.

5. FRANQUIA

5.1. A Franquia será estabelecida na Apólice e terá prazo mínimo de 2 (duas) diárias e máximo de 15 (quinze) diárias de internação hospitalar por evento, iniciando-se a cobertura no dia seguinte ao término do período de franquia, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1. O limite máximo de diárias será estabelecido na Apólice, conforme condições contratuais estabelecidas com o Estipulante, observando-se o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, computado neste total o período de franquia, conforme subitem 5.1.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado para esta cobertura será definido na Apólice e representa o limite máximo de indenização por um determinado evento, que é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, computado neste total o período de franquia (subitem 5.1).

7.2. Caso a Apólice preveja valor de capital mensal, este será dividido por 30 (trinta) para fins de cálculo do valor de cada da diária de internação.

7.3. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data da primeira internação decorrente do acidente pessoal ou doença que provocou a internação do Segurado.

8. LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

8.1. Os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a)** Formulário de AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b)** Cópias autenticadas dos documentos do segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- c)** Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- d)** Declaração original do Hospital em papel timbrado, carimbada e assinada pelo Diretor Clínico, comprovando causa e data de internação e data de alta médica;
- e)** Cópia autenticada do prontuário médico fornecido pelo Hospital;
- f)** Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- g)** Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h)** Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando necessário;
- i)** Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando obrigatório;
- j)** Comprovantes originais do pagamento das diárias hospitalares quando tratar-se de segurado menor de 14 anos.

9. PAGAMENTO DAS DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO

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

9.2. Quando a internação superar a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado que deverá ser enviado pelo Segurado.

9.3. De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve internado, a contar do primeiro dia após

o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite máximo de diárias, estabelecido na Apólice, após desconto do período de franquia aplicável.

9.4. Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu internado, a contar do primeiro dia de internação e descontado o período de franquia contratado, até a alta médica.

9.5. O segurado deve autorizar seu médico-assistente e o hospital a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.

9.6. Estando o Segurado em gozo da presente cobertura, não fará jus ao recebimento de diárias adicionais em consequência da ocorrência de outro evento coberto. A Seguradora somente reconhecerá a existência de um novo sinistro se o evento ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva em relação às lesões do evento anterior. Não haverá cumulação de indenizações em consequência de eventos ocorridos em datas diferentes.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA

10.1. A garantia de Diária de Incapacidade cessará:

- a) com o cancelamento da Apólice;**
- b) com o cancelamento desta Cobertura Especial;**
- c) com a ocorrência da morte do Segurado ou sua invalidez total e permanente;**
- d) espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo Segurado ou;**
- e) quando esgotado o limite máximo de diárias contratado antes do final de vigência da Apólice, computado, para este fim, o período de franquia aplicável.**

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. 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.

11.2. 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 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 pelo seguro, 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, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;
- c) decorrentes do mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde.
- d) de aborto e suas consequências;
- e) se quando da contratação do seguro a doença congênita do filho já for de conhecimento do segurado e este não informar, se questionado.

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. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) 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 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;
- e)** guia de internação hospitalar (quando houver).

7.2. Caso seja devida, a indenização será paga 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS COBERTURA DE FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir a prestação de serviço ou o reembolso das despesas com funeral até o limite do Capital Segurado contratado, no caso da morte do Segurado, devidamente coberta pelo seguro, 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 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 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. BENEFICIÁRIO

5.1. Será(ão) Beneficiário(s) dessa cobertura aqueles que provarem que arcaram com as despesas de funeral do Segurado.

6. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Na hipótese prevista no subitem 6.3, cabe ao(s) responsável(is) pelo pagamento proceder(em) 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:

6.2. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do segurado;
- c) Relatório do médico assistente, detalhado, atestando o atendimento;
- d) Cópia dos laudos de exames realizados e imagens, se houver;
- e) Guia de internação hospitalar (quando houver);
- f) Comprovantes originais das despesas com o Funeral.

6.3. Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do segurado;
- c) Cópia da Certidão de Registro de Ocorrência Policial ou outro documento de autoridade competente do país, se houver;
- d) CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Laudo de Necropsia, se realizado;
- f) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado.
- g) Comprovantes originais das despesas com o Funeral.

7. CARÊNCIA

7.1. A Seguradora estabelecerá o prazo de carência nas Condições Contratuais, período no qual a Seguradora estará isenta do pagamento de qualquer indenização. Para eventos decorrentes de causas acidentais, não haverá carência.

8. INDENIZAÇÃO

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

8.2. 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.

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

6. BENEFICIÁRIO

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

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. O pagamento do Capital Segurado será feito através de crédito em conta, mediante reembolso, desde que expressamente solicitado pelo Segurado ou Beneficiário(s).

7.2. A prestação dos serviços não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de que serão também devidos os capitais de outras coberturas indicadas 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 de vigência da Apólice, no qual a Seguradora estará isenta do pagamento de qualquer indenização. Para eventos decorrentes de causas acidentais, não haverá carência.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) 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) 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS DA COBERTURA DE FILHOS PÓSTUMOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1.** Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao responsável legal pelo bebê nascido com vida, o pagamento de uma indenização, em caso de morte do Segurado titular, seja natural ou acidental, ocorrida durante o período gestacional.
- 1.2.** Quando o Segurado titular for do sexo masculino, a indenização será devida ao responsável legal pelo bebê nascido com vida, desde que o nascimento ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do Segurado titular.
- 1.3.** Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida igualmente entre o número de filhos, respeitada apresentação da documentação necessária e o limite contratado para esta cobertura.
- 1.4.** A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte e/ou Morte Acidental.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1.** Além dos riscos expressamente excluídos relacionados no item 4 Riscos Excluídos, das Condições Gerais e nas coberturas de Morte e Morte Acidental, estão também excluídos desta cobertura:
- a)** Nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do Segurado titular;
 - b)** Natimorto;
 - c)** Adoções ocorridas antes ou após o falecimento do Segurado titular.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1.** O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 3.2.** Para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento, a data da ocorrência do óbito do Segurado titular, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente a esta data.

4. CESSAÇÃO DA COBERTURA

- 4.1.** Para cobertura, aplica-se o disposto no item 25, "Cancelamento do Seguro" das Condições Gerais.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Para a análise do pagamento de indenização, respeitado o disposto no **item 22** das Condições Gerais e além dos documentos para a cobertura de Morte ou Morte Acidental, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia da Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade pelo segurado titular seja conhecida e registrada;
- b) Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho.
- c) Cópias simples da Carteira de Identidade (RG), CPF e Comprovante de residência do responsável legal;
- d) Formulário de informações cadastrais, autorização de crédito e quitação de sinistros devidamente preenchido e assinado pelo responsável legal;

6. BENEFICIÁRIOS

6.1. Para efeito deste seguro o beneficiário será sempre o responsável legal pelo bebê nascido com vida, podendo a quitação ser dada por seus representantes legais no caso de impossibilidade do beneficiário fazê-lo.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Contratuais 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 Contratuais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS DA COBERTURA DE ACESSIBILIDADE FÍSICA POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante o reembolso das despesas havidas com a adequação da residência habitual do Segurado ou de seu veículo particular, limitado ao valor do Capital Segurado contratado para esta garantia, caso o Segurado titular do seguro venha, por determinação de um médico, a necessitar desta alteração e/ou modificação, em virtude de Invalidez Total ou Parcial decorrente de Acidente Pessoal devidamente coberta, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e Especiais e as demais Disposições Contratuais.

1.2. As despesas com a referida adequação devem ter ocorrido em até 18 (dezoito) meses a contar do Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da apólice.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das exclusões previstas no item 4 “Riscos excluídos”, das Condições Gerais, bem como suas consequências diretas ou indiretas.

2.2. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados na definição de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a :

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - **do início de vigência individual do seguro;**
 - **da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante.**

Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

- e)** atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f)** tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g)** epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;
- h)** perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i)** prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j)** eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k)** eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l)** Acidente Vascular Cerebral;
- m)** Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- n)** exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linhas regulares;
- o)** as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER-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. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal;
- p)** aquisição de veículos já adaptados, exceto se for comprovado através de nota fiscal os serviços e efetuados após a data do evento.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

3.2 Para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento, a data da ocorrência do Acidente Pessoal do Segurado titular, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente a esta data.

4. CESSAÇÃO DA COBERTURA

4.1 Além das hipóteses previstas no item 25, "Cancelamento do Seguro", das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda, com cancelamento da apólice, exceto para o Segurado que tenha se acidentado no decurso de sua vigência e venha a ficar permanentemente inválido, como consequência direta do Acidente Pessoal coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta cobertura.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1 Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- a)** Radiografias do Segurado (quando houver);
- b)** Guia de Internação Hospitalar (quando houver);
- c)** Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- d)** Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- e)** Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho;
- f)** Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- g)** Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- h)** Relatório médico com a orientação da adaptação;
- i)** Orçamentos e notas para o reembolso.
- j)** Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente e se o Segurado se encontrava em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto de Invalidez Permanente Parcial, sem cobrança de Prêmio adicional, exceto se decorrente do mesmo evento já indenizado anteriormente dentro da vigência do seguro.

7. BENEFICIÁRIOS

7.1 Para efeito desta cobertura, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal, no caso de impossibilidade de o Segurado fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do Segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado aos Beneficiários indicados pelo Segurado ou, na ausência de indenização, em conformidade com a legislação vigente.

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 DA COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO EM CASO DE ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao próprio Segurado, até o valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, o reembolso de despesas com medicamentos para tratamento decorrente de Acidente Pessoal coberto, desde que prescrito(s) por profissional médico habilitado, e que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do referido Acidente Pessoal, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais e das Condições Gerais.

1.2. A comprovação das despesas com medicamentos deverá ser feita mediante a apresentação do(s) cupom(ns) fiscal(is) original(is), além da prescrição médica que deverá conter a assinatura e carimbo com CRM do médico, em papel timbrado do Hospital ou Clínica.

1.3. Além dos riscos mencionados na Cláusula 4 — Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão expressamente excluídos dessa cobertura:

- a) Sinistros não caracterizados em conformidade com o conceito de Acidente Pessoal previsto nas Condições Gerais;
- b) Medicamentos sem prescrição médica e cupom fiscal;
- c) Perfumaria, dermocosméticos e produtos de estética;
- d) Prescrição médica para tratamento de doenças, mesmo que desencadeadas por Acidente Pessoal coberto;
- e) Materiais ortopédicos e aparelhos diversos;
- f) Vitaminas sem relação direta com o problema causado pelo Acidente Pessoal

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS DA COBERTURA DE REEMBOLSO DE CIRURGIA POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, garante ao próprio Segurado, até o valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, o reembolso de despesas com cirurgia(s) decorrente de Acidente Pessoal coberto, desde que se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do referido Acidente Pessoal, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais e das Condições Gerais.

1.2. A comprovação das despesas com cirurgia por Acidente Pessoal deverá ser feita mediante a apresentação do recibo e/ou nota fiscal original em papel timbrado do Hospital ou Clínica, indicando o procedimento realizado

Além dos riscos mencionados na Cláusula 4 – Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão expressamente excluídos dessa cobertura:

- a) Sinistros não caracterizados em conformidade com o conceito de Acidente Pessoal previsto nas Condições Gerais;
- b) Qualquer procedimento cirúrgico relacionado a gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de Acidente Pessoal coberto;
- c) Cirurgias plásticas em geral, exceto reparadoras decorrentes de Acidente Pessoal coberto ocorrido no período de vigência de Apólice;

2. DISPOSIÇÕES GERAIS

2.1. 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.

2.2. 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 DA COBERTURA DE AUXÍLIO NATALIDADE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao Segurado principal o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura a título de auxílio natalidade, em razão do nascimento de filho(s) com vida, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, e do Contrato.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados na cobertura de Morte, estão também excluídos desta cobertura:

- a) Adoção.

3. CARÊNCIA

3.1 Nos seguros com adesão facultativa, quando houver, será definido na apólice, respeitando um período máximo de 270 (duzentos e setenta) dias.

3.2 Nos seguros com adesão compulsória, não haverá carência.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento, a data do nascimento do filho do Segurado.

4.3 Será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor estabelecido no contrato, para cada filho do Segurado nascido durante o período de vigência da apólice.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1 Para a análise do pagamento dessa cobertura respeitado o disposto no item 22 das condições gerais, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia Certidão de Nascimento do Filho;
- b) Comprovante do vínculo com o estipulante;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento. Caso não haja comprovante, encaminhar declaração de residência;
- d) Dados bancários (caso não tenha sido informado no formulário Aviso de Sinistro);

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Contratuais 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 Contratuais 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 DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Pela presente Cláusula, desde que contratada, fica entendido e acordado que serão distribuídos os excedentes técnicos desta Apólice, conforme as condições seguintes:
- 1.2. Considera-se como Excedente Técnico a diferença positiva entre as receitas e despesas, apurada de acordo com os critérios estabelecidos no item 3 abaixo.
- 1.3. O percentual de distribuição do Excedente Técnico será estabelecido no Contrato.
- 1.4. O termo IBNR referido nesta cláusula (item 3) refere-se à provisão técnica de constituição obrigatória para as Seguradoras, com a finalidade de garantir o pagamento dos sinistros ocorridos e ainda não avisados.

2. PERÍODO E PRAZO DE APURAÇÃO

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

3. CRITÉRIOS DA APURAÇÃO

3.1. Consideram-se como **RECEITA**:

- a) prêmios líquidos efetivamente pagos, correspondentes à competência do período da apuração;
- b) capitais segurados referentes a sinistros computados em períodos anteriores, posteriormente estornados;
- c) IBNR considerada na apuração anterior, conforme definido na alínea "f", do item 3.2 abaixo.

3.2. Consideram-se como **DESPESAS**:

- a) comissões de corretagem, comissões de administração/pró-labore e agenciamentos pagas durante o período;
- b) valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época, inclusive despesas de sinistro, avisados ou pagos até a data de apuração do excedente e ainda não considerados em períodos anteriores, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;

- c) saldos negativos de excedentes técnicos apurados em períodos anteriores, ainda não compensados;
- d) impostos diretos sobre a emissão, PIS e COFINS, apurados de acordo com a legislação vigente. Outros impostos, incidentes sobre a emissão, que vierem a ser criados e estejam vigentes no período, serão incluídos na apuração;
- e) despesas de administração da Seguradora, conforme indicado no Contrato;
- f) percentual sobre o total dos sinistros computados na apuração, a título de IBNR, para suportar os sinistros ocorridos e ainda não avisados à Seguradora, conforme definido no Contrato.

3.3 As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente pelo IPCA-IBGE, a partir:

- a) do respectivo pagamento para prêmios e comissões;
- b) do aviso à Seguradora para os sinistros;
- c) da respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- d) do efetivo pagamento, para outras despesas.

3.4 O resultado apurado de Excedente Técnico será atualizado monetariamente pelo IPCA-IBGE, desde o término do período de apuração até sua distribuição.

4. CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO

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

4.2. Nos seguros não contributários, a devolução caberá integralmente ao Estipulante.

4.3. Nos seguros contributários, a distribuição será destinada aos Segurados proporcionalmente à sua contribuição no pagamento do prêmio do seguro.

4.4. Em substituição aos **itens 4.1 e 4.2**, o Excedente Técnico poderá ainda ser revertido em quitação de faturas subsequentes, quando a Apólice for renovada e houver expressa solicitação do Estipulante nesse sentido.



www.omint.com.br