
PROC. SUSEP 15414.003269/97-13

Prezado(a) Cliente,

Parabéns! A partir de agora você contará com um seguro garantido pela YASUDA SEGUROS, empresa com mais de 50 anos de tradição em solidez, bom atendimento e excelência em serviços prestados no Brasil, proporcionando tranquilidade ao(s) segurado(s) e seus familiares.

Nas condições gerais do contrato de seu seguro Yasuda Vida em Grupo estão descritas as vantagens e benefícios contratados, além dos procedimentos em caso de sinistro.

Para mais informações, acesse nosso site:

www.yasuda.com.br

ou entre em contato com o nosso Contact Center:

08000-131516

Atenciosamente,

Yasuda Seguros.



INDICE

Condições Gerais para o Seguro Yasuda Vida em Grupo	5
1. Objetivo do Seguro.....	5
2. Definições.....	5
3. Garantias do Seguro	8
4. Riscos Excluídos	9
5. Proposta de Contratação.....	10
6. Condições de Aceitação e Inclusão de Segurados	10
7. Âmbito Territorial da Cobertura	12
8. Certificado Individual	12
9. Custeio do Seguro.....	13
10. Vigência.....	13
11. Cancelamento do Seguro	14
12. Capital Segurado	16
13. Revisão do Capital Segurado e do Prêmio.....	16
14. Carências.....	16
15. Pagamento do Prêmio	17
16. Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro	18
17. Reenquadramento do prêmio em razão da idade ou da faixa etária	19
18. Sinistros.....	20
19. Perda do direito à indenização	23
20. Indicação e alteração de Beneficiários do seguro	24
21. Alteração no seguro.....	25
22. Material de divulgação.....	25
23. Outras obrigações do Estipulante.....	25
24. Outras obrigações do Segurado.....	26
25. Tributos.....	26
26. Prescrição.....	26
27. Disposições Finais.....	26
28. Foro e Legislação Aplicável.....	27
Nº 01 - COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE	
ACIDENTAL	28
1. Risco Coberto.....	28
2. Riscos Excluídos	28
3. Capital Segurado.....	28
4. Sinistros.....	29
5. Beneficiários.....	31
6. Ratificação.....	31
Nº 02 – COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU	
PARCIAL POR ACIDENTE	32
1. Risco Coberto.....	32
2. Riscos Excluídos	33
3. Sinistros.....	34
4. Ratificação.....	35
TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ	
PERMANENTE	36



Nº 03 - COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMH)	41
1. Risco Coberto.....	41
2. Riscos Excluídos	41
3. Capital Segurado.....	42
4. Sinistros.....	42
5. Ratificação.....	42
Nº 04 – COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES	43
1. Risco Coberto e Forma de Contratação.....	43
2. Riscos Excluídos	45
3. Carência.....	45
4. Capital Segurado.....	45
5. Sinistros.....	45
6. Ratificação.....	46
Nº 05 - COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA TERMINAL	47
1. Risco Coberto.....	47
2. Carência.....	47
3. Sinistros.....	48
4. Ratificação.....	48
Nº 06 - COBERTURA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL E ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR	49
1. Risco Coberto.....	49
2. Riscos Excluídos	51
3. Âmbito Territorial da Cobertura.....	51
4. Carência.....	51
5. Capital Segurado.....	51
6. Pagamento Diverso.....	52
7. Ratificação.....	52
Nº 07 – COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL INDIVIDUAL E AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR	53
1. Risco Coberto.....	53
2. Carência.....	54
3. Capital Segurado.....	54
4. Sinistros.....	54
5. Ratificação.....	54
Nº 08 - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA.....	55
1. Risco Coberto.....	55
2. Carência.....	55
3. Pagamento	55
4. Sinistros.....	55
5. Ratificação.....	56
Nº 09 - COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	57
1. Risco Coberto.....	57
2. Definições.....	57
3. Riscos Excluídos	58
4. Carência.....	58
5. Franquia	58
6. Sinistros.....	59



7.	Capital Segurado.....	59
8.	Âmbito Territorial da Cobertura	59
9.	Condições para a concessão da cobertura	59
10.	Ratificação	60
Nº 10 - COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO.....		61
1.	Risco Coberto.....	61
2.	Comprovação	61
3.	Capital Segurado.....	62
4.	Sinistros.....	62
5.	Ratificação.....	62
Nº 11 COBERTURA ADICIONAL DE RESCISÃO TRABALHISTA		63
1.	Risco Coberto.....	63
2.	Carência	63
3.	Capital Segurado.....	63
4.	Sinistros.....	63
5.	Beneficiário.....	63
6.	Custeio	64
7.	Ratificação.....	64
Nº 12 - COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE		
TOTAL POR DOENÇA.....		65
1.	Definições.....	65
2.	Objetivo do seguro	66
3.	Riscos Cobertos	67
4.	Riscos Excluídos	68
5.	Despesas de Comprovação	69
6.	Forma de Pagamento do Capital Segurado	69
7.	Cancelamento do Seguro.....	70
8.	Carência	70
9.	Sinistros.....	70
10.	Capital Segurado	71
11.	Início e término de vigência da garantia	71
12.	Ratificação	71
Nº 13 - COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE		
TOTAL POR DOENÇA.....		76
1.	Risco Coberto.....	76
2.	Capital Segurado.....	77
3.	Sinistros.....	77
4.	Ratificação.....	77

Condições Gerais para o Seguro Yasuda Vida em Grupo

1. Objetivo do Seguro

O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância em dinheiro, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seus Beneficiários, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas garantias **contratadas pelo Estipulante, observadas as Condições Contratuais e demais disposições deste seguro.**

2. Definições

Considerar-se-ão, para efeitos deste seguro, os conceitos abaixo:

2.1 Acidente Pessoal: o evento com data caracterizada, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte ou Invalidez Permanente, Total ou Parcial, do Segurado, incluindo-se ainda neste conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparada, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor, o prazo de carência e as demais previsões contidas nestas condições gerais;
- 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 seqüestros e tentativas de seqüestros; e,
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.1 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;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou semelhantes, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 2.1, acima.

2.2 Agravamento do risco: circunstância que após a contratação do seguro, aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do Segurado.

2.3 Apólice: documento emitido pela Seguradora, pelo qual formaliza-se a aceitação do contrato de seguro, estabelecendo as condições pactuadas entre a Seguradora e o Estipulante.

2.4 Beneficiários: as pessoas designadas pelo Segurado Principal para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta. Na hipótese da garantia de Rescisão Trabalhista o Beneficiário será o Estipulante. No caso das garantias de invalidez permanente por acidente, doenças graves, doença terminal, Assistência Funeral Familiar, Doença Congênita de Filho, quando houver, bem como no de morte do Segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário será o próprio Segurado Principal.

2.5 Capital Segurado: a importância máxima estabelecida para cada garantia, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto por este seguro. O valor do Capital Segurado será pactuado na Proposta de Contratação.

2.6 Carência: o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual ou do aumento do Capital Segurado, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às garantias contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as garantias ou algumas delas.

2.7 Carregamento: o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do seguro.

2.8 Certificado Individual: documento emitido pela Seguradora e entregue ao Segurado Principal para comprovar a sua inclusão bem como os demais elementos do seguro.

2.9 Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem o seguro, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da apólice, de eventuais endossos, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual do Seguro.

2.10 Condições Especiais: condições que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam existir dentro de um mesmo plano de seguro.

2.11 Condições Gerais: Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, do Segurado e dos Beneficiários deste seguro, bem como as características gerais do seguro.

2.12 Contrato: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados, e dos Beneficiários.

2.13 Corretor de Seguros: pessoa intermediária legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguros.

2.14 Doenças, Lesões e Acidentes Preexistentes: sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo Segurado, antes da contratação do seguro, que sejam de seu conhecimento e não declaradas na proposta de adesão.

2.15 Estipulante: pessoa que contrata o seguro em proveito dos Segurados e fica investida dos poderes de representação destes perante a Seguradora, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas.

2.16 Evento Coberto: acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

2.17 Excedente Técnico: o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado de uma apólice coletiva, em determinado período, e conforme critérios estabelecidos em Cláusula própria, que poderá ser inserida no contrato.

2.18 Grupo Segurado: aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no seguro, nos termos das Condições Contratuais.

2.19 Grupo Segurável: aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que, estando em perfeitas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nas Condições Contratuais.

2.20 Indenização: o valor a ser pago pela Seguradora em caso de ocorrência de evento coberto pelo seguro, limitado ao Capital Segurado da garantia contratada.

2.21 Prêmio: o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às garantias contratadas. Cada garantia determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

2.22 Proponente: a pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro e que passará a condição de Segurado Principal somente após a sua aceitação pela Seguradora.

2.23 Proposta de Adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.24 Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.25 Regime Financeiro de Repartição Simples: método através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

2.26 Risco Decorrido: aquele em que o prêmio do seguro é pago somente após o risco objeto do contrato já ter passado, sendo prestada a garantia pela Seguradora antecipadamente. O fato de não ter ocorrido sinistro, ou seja, de não ter ocorrido o evento coberto, não exime o Estipulante da obrigação de pagamento do prêmio.

2.27 Riscos Excluídos: riscos que não serão cobertos por este seguro, previstos como tais nas Condições Contratuais.

2.28 Segurado Principal: a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante, regularmente incluída e aceita no Seguro.

2.29 Segurados Dependentes: o cônjuge/companheiro(a) e os filhos dependentes do Segurado Principal, assim considerados de acordo com a legislação da Previdência Social e do Imposto de renda, regularmente incluídos no seguro.

2.30 Seguradora: a Yasuda Seguros S.A. que, devidamente autorizada a operar no ramo de seguros, sob a fiscalização da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

2.31 Sinistro: a ocorrência de um evento coberto pelas garantias contratadas, ocorrido durante a vigência material do seguro, e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.

3. Garantias do Seguro

As garantias deste seguro classificam-se em básica e adicionais:

3.1. Garantia Básica – Morte: Garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta garantia, em caso de morte do Segurado, devidamente coberta pelo seguro, observadas as Condições Contratuais.

3.1.1 A garantia básica nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, **não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

3.2. Garantias Adicionais: As garantias adicionais passíveis de contratação estão listadas abaixo e suas características estão descritas no texto das cláusulas específicas da cobertura contratada, **responsabilizando-se a Seguradora apenas pelas que forem selecionadas pelo Estipulante como objeto da cobertura do seguro, expressamente mencionadas na apólice**, observadas as Condições Contratuais:

- a) Indenização Especial por Morte Acidental – IEA (Cobertura adicional n.º 1)
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA (Cobertura adicional n.º 2)
- c) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas – DMH (Cobertura adicional n.º 3);
- d) Doenças Graves (Cobertura adicional n.º 4);
- e) Doença Terminal (Cobertura adicional n.º 5);
- f) Assistência Funeral e Assistência Funeral Familiar (Cobertura adicional n.º 6);
- g) Auxílio Funeral Individual e Auxílio Funeral Familiar (Cobertura adicional n.º 7);
- h) Auxílio Cesta Básica (Cobertura adicional n.º 8);
- i) Diárias por Incapacidade Temporária por doença ou acidente – DIT (Cobertura adicional n.º 9);
- j) Doença Congênita de Filhos (Cobertura adicional n.º 10);
- k) Rescisão Trabalhista (Cobertura adicional n.º 11);
- l) Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – IFPD (Cobertura adicional n.º 12), e
- m) Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença – ILPD (Cobertura adicional n.º 13).

3.3 Este seguro prevê ainda a existência de Cláusulas Suplementares que possibilitam, se contratadas, a inclusão de segurados dependentes no seguro, na forma estabelecida no texto das cláusulas específicas:

- a) Inclusão de Cônjuge;
- b) Inclusão de Filhos.

3.4 O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Proposta de Contratação”, quais as garantias que pretende contratar, sendo a básica obrigatória e a(s) garantia(s) adicional(is) facultativa(s), e informar também se as cláusulas suplementares serão inseridas na apólice.

3.4.1 Somente os sinistros decorrentes das garantias expressamente contratadas pelo Estipulante estarão amparados por este seguro, obedecidas as Condições Contratuais.

4. Riscos Excluídos

4.1 Estão excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.
- e) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Certificado Individual.
 - e1) Este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, impossibilitando tecnicamente a devolução de prêmio ou reserva caso ocorra suicídio durante o período de exclusão da cobertura.
- f) condução ou pilotagem, por parte do Segurado, de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;
- g) atos perpetrados pelas pessoas enquadráveis no conceito de Beneficiário do seguro, ou com sua cumplicidade, que resultem na morte do Segurado;
- h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, da utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;

- i) atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro; e**
- j) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo.**

4.2 Além dos riscos acima especificados, estão excluídos também das coberturas do seguro aqueles expressamente mencionados como riscos excluídos nas garantias adicionais, quando contratadas pelo Estipulante.

5. Proposta de Contratação

5.1 A celebração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante recebimento por parte da Seguradora da Proposta de Contratação assinada pelo proponente (Estipulante) ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um deles, pelo corretor do seguro.

5.2 A Proposta de Contratação deverá ser entregue à Seguradora, mediante protocolo de recebimento, com indicação de data e hora.

5.3 As Condições Contratuais deste seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos Segurados, quando da apresentação da Proposta de Contratação e da Proposta de Adesão, devendo o proponente, seu representante ou corretor de seguros, assinar declaração de que tomou ciência de tais condições.

5.4 A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.

5.5 Em caso de recusa da Proposta de Contratação, os valores eventualmente adiantados para pagamento do prêmio pelo proponente ou empresa proponente serão devolvidos integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 dias corridos. Os valores sujeitam-se à atualização monetária pelo IPC/FIPE, ou outro índice que vier a substituí-lo, contados a partir da data da recusa e juros moratórios de 0,5% a.m. (cinco décimos por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado acima, ambos calculados pro-rata-die até a data da efetiva restituição.

5.5.1 Em caso de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio, fica o proponente garantido até a data da formalização da recusa.

6. Condições de Aceitação e Inclusão de Segurados

6.1 Poderão ser incluídos no seguro os proponentes que preencham as seguintes condições:

- a) estejam em plenas condições de saúde;
- b) estejam em plena atividade profissional.

6.2 As condições previstas no item 6.1 não se aplicam nas hipóteses de transferências de seguros de outras Seguradoras para a Yasuda Seguros S.A.

6.3 A inclusão de Segurados Principais e Dependentes é feita por adesão a este seguro, conforme indicação na Proposta de Contratação e da seguinte forma:

- a) Automática: quando o seguro abranger todos os componentes do grupo segurável e os cônjuges do Segurado Principal;
- b) Facultativa: quando o seguro abranger os componentes do grupo segurável que tiverem sua inclusão expressamente declarada e os cônjuges dos Segurados Principais que assim autorizem.

6.4 A Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos é automática e pode ser contratada desde que contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuges.

6.5 As condições de inclusão e aceitação do cônjuge e de filhos, forma de cancelamento, bem como o valor do Capital Segurado estão regulados nas Cláusulas Suplementares de Inclusão de Cônjuge e de Filhos, respectivamente.

6.6 A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do proponente no seguro.

6.7 Para análise da Proposta de Adesão, a Seguradora poderá exigir, **por uma única vez**, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.

6.7.1 Se a Seguradora exigir elementos complementares para a análise do risco, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 6.5 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.

6.8 Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.

6.9 Aceito o seguro, a Seguradora entregará Certificado Individual ao Segurado, comprovando a aceitação, no início do seguro e nas renovações subsequentes (se houver).

6.10 A recusa da Proposta de Adesão será comunicada por escrito e acarretará a devolução integral ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura do prêmio pago, se houver, no prazo máximo de 10 dias corridos.

6.10.1 Os valores sujeitam-se à atualização monetária pelo IPC/FIPE - Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo ou outro índice que vier a substituí-lo, contados a partir da data da recusa, e juros moratórios de 0,5% a.m. (cinco décimos por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado acima. Ambos calculados pro-rata-die até a data da efetiva restituição.

6.10.2 O proponente usufruirá da cobertura entre a data do recebimento da proposta e a da formalização da recusa, em caso de haver adiantamento de prêmio.

6.11 O Segurado deverá indicar, na Proposta de Adesão, a existência de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

7. Âmbito Territorial da Cobertura

7.1 O presente seguro cobre todos os sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, **salvo nas garantias adicionais de Assistência Funeral e Assistência Funeral Familiar e de Diárias de Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente**, em que o âmbito territorial da cobertura está explicitado nas respectivas garantias adicionais, de n.º 6 e 9, respectivamente.

7.1.1 Os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários para liquidação do sinistro correrão totalmente a cargo da Seguradora, em caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior.

8. Certificado Individual

8.1 No início de vigência da cobertura, bem como nas renovações do seguro, a Seguradora emitirá um Certificado Individual para cada Segurado Principal, contendo os seguintes elementos mínimos:

- a) data do início e término de vigência do Seguro individual do Segurado Principal e dos Segurados Dependentes;
- b) Capitais Segurados de cada garantia contratada, relativos ao Segurado Principal e aos Segurados Dependentes; e
- c) valor do prêmio total.

8.2 Quando houver garantias contratadas com carência, esta condição deverá estar também indicada no Certificado Individual.

8.3 A Seguradora encaminhará os Certificados Individuais ao Estipulante, que será responsável por seu envio ao Segurado.

9. Custeio do Seguro

9.1 Para fins deste seguro e de acordo com a declaração constante no Contrato o custeio poderá ser:

- a) não contributivo, quando os Segurados não pagam prêmios, ou
- b) contributivo, quando os Segurados pagam prêmios total ou parcialmente.

9.2 Os prêmios para o custeio deste seguro serão determinados pela aplicação das taxas de cada garantia deste seguro ao seu respectivo Capital Segurado.

10. Vigência

10.1 Vigência da Apólice

10.1.1 Salvo especificação em contrário constante das Condições Contratuais, a apólice vigorará pelo prazo de um ano, a contar das 24 horas da data de seu início, expresso no Contrato, podendo ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou se ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas nestas Condições Gerais.

10.1.2 A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante, desde que não implique ônus ou deveres para os Segurados.

10.1.3 Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

10.1.4 A renovação automática não se aplica aos seguros de prazos inferiores a 1 (um) ano, caso em que a renovação será feita mediante apresentação de nova Proposta de Contratação.

10.1.5 O início de vigência da apólice se dará na data expressa no Contrato.

10.2 Vigência dos Seguros Individuais

10.2.1 Os seguros individuais vigorarão enquanto vigorar a apólice, desde que respeitados os demais termos destas Condições Contratuais, especialmente as hipóteses de cancelamento do contrato ou do seguro individual.



10.2.2 O início de vigência das coberturas individuais do seguro será estabelecido de acordo com o disposto no Contrato, observando-se que:

a) para a Proposta de Adesão recebida sem pagamento de prêmio, o início de vigência será a data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais;

b) para a Proposta de Adesão recepcionada com adiantamento do valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência do seguro será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da Proposta de Adesão pela Seguradora.

10.2.3 O início de vigência dos seguros individuais dos empregados e/ou sócios/diretores do Estipulante que estiverem licenciados ou afastados do trabalho na data de contratação deste seguro, e dos empregados e/ou sócios/diretores do Estipulante admitidos durante o período de vigência da apólice, será às 24 (vinte e quatro) horas do primeiro dia do mês de competência em que o nome do proponente/segurado aparece pela primeira vez na relação mensal (lista) enviada pelo Estipulante à Seguradora, desde que o seguro seja aceito pela Seguradora e o prêmio pago na forma pactuada.

11. Cancelamento do Seguro

11.1 A apólice será cancelada:

a) **por acordo entre a Seguradora e o Estipulante, mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 do grupo segurado;**

b) **pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento dos prêmios;**

c) **se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;**

d) **quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora e com os Segurados e/ou Beneficiários.**

11.2 O seguro individual será cancelado nos seguintes casos:

a) **por solicitação formal do Segurado Principal, mediante comunicação por escrito;**

b) **atraso no pagamento das parcelas do prêmio, observado o disposto na cláusula 15 destas Condições Gerais;**



c) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;

d) ocorrência da morte ou invalidez TOTAL e permanente por acidente do Segurado Principal;

e) recebimento do Capital Segurado relativo à cobertura de Doenças Graves, quando esta for contratada na forma prevista como antecipação total da garantia básica, na forma estabelecida na Cláusula Complementar específica da cobertura.

f) recebimento do Capital Segurado relativo à cobertura de Doença Terminal;

g) automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva durante o processo de contratação ou durante a vigência do seguro;

h) com o cancelamento da apólice ou final de sua vigência, sem renovação, respeitando-se o período correspondente ao prêmio pago.

11.3 A inclusão do Segurado Dependente será cancelada automaticamente:

a) com o cancelamento do seguro do Segurado Principal, qualquer que seja a causa;

b) com o cancelamento do seguro contratado pelo Estipulante;

c) por solicitação do Segurado Principal, quando a inclusão for facultativa;

d) com a cessação da condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicada à Seguradora;

e) com a inclusão do Dependente no Seguro na condição de Segurado Principal;

f) com a morte do Segurado Principal.

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

12. Capital Segurado

12.1 Para fins deste seguro, Capital Segurado é a importância máxima a ser paga ou reembolsada em função do valor estabelecido para cada garantia, vigente na data do evento coberto.

12.2 Quando os Capitais Segurados não forem idênticos para todos os Segurados, serão fixados tendo como parâmetros valores objetivos, tais como: salário, função, número de dependentes, etc. e o seu critério de determinação constará expressamente do Contrato.

12.3 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado da Garantia Básica, a data do falecimento.

12.4 Para as demais garantias adicionais contratadas (se houver) a data do evento, para efeito do seguro, será fixada nas respectivas garantias adicionais que integram o seguro.

13. Revisão do Capital Segurado e do Prêmio

13.1 Os Capitais Segurados serão estabelecidos na apólice e poderão ser revistos a qualquer momento, a pedido do Estipulante, desde que expressamente aceitos pela Seguradora.

13.2 Em caso de aumento do Capital Segurado da garantia de Morte, poderá ser estabelecida nova carência sobre a parcela acrescida do Capital Segurado, ficando a critério da Seguradora dispensá-la.

13.3 As revisões de capitais e prêmios aplicam-se a todos os Segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais é assegurada a adoção do mesmo critério de revisão previsto para os Segurados ativos.

14. Carências

14.1 Poderá a apólice estipular carência, a critério da Seguradora, de no máximo 6 (seis) meses, conforme especificado no Contrato firmado com o Estipulante.

14.1.1 A carência, se houver, deverá constar tanto na Proposta de Contratação quanto na de Adesão e no Certificado Individual.

14.2 O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado, no caso de contratação coletiva.

14.3 No caso de transferência do Grupo Segurado de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.

14.4 Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente, exceto para a hipótese de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Certificado Individual.

14.5 Em face do regime financeiro adotado no plano não é tecnicamente possível a reversão de prêmios ou provisões, se ocorrer a morte do Segurado durante o prazo de carência.

15. Pagamento do Prêmio

15.1 O prêmio deste seguro poderá ser pago mensalmente, bimestralmente, trimestralmente, quadrimestralmente, semestralmente e anualmente, conforme convencionado na Proposta de Contratação.

15.1.1 Uma vez estabelecida a forma de pagamento do prêmio, conforme acima, não haverá fracionamento.

15.2 O pagamento do prêmio deverá ser efetuado nas datas previstas no documento de cobrança.

15.3 Se o sinistro ocorrer dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se este for realizado ainda naquele prazo.

15.4 Na hipótese do não cumprimento da obrigação de pagamento do prêmio, e havendo prêmio a ser pago por risco decorrido, a Seguradora fica autorizada, independentemente da ocorrência de sinistro, a efetuar a cobrança da parte do prêmio relativo ao risco decorrido, atualizada monetariamente pelo IPC/FIPE – Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo, ou outro índice que vier a substituí-lo, acrescido de juros 0,5% ao mês, calculados pro-rata-die até o efetivo pagamento.

15.5 A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia da emissão da apólice, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento do prêmio.

15.6 Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário.

15.7 No caso de a cobrança de prêmios ser efetuada através de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado.

15.7.1 Poderá haver cobrança de prêmio mediante carnê, e a Seguradora providenciará para que o Segurado receba o carnê de pagamento até 30 (trinta) dias antes do prazo de vencimento indicado.



15.7.2 Caso o Segurado não receba o carnê no prazo, e desde que não tenha havido cancelamento da apólice, é seu direito efetuar o pagamento do prêmio mediante depósito bancário em conta indicada pela Seguradora no material do seguro encaminhado ao Segurado.

15.8 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do Seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora.

15.8.1 Caso o Estipulante receba juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

15.9 Fica vedada a cobrança de taxa de inscrição ou de intermediação neste seguro.

15.10 A falta de pagamento do prêmio até o vencimento não acarretará a suspensão das coberturas e o Estipulante ou, quando for o caso, o Segurado, em atraso com o pagamento dos prêmios, será notificado por escrito para o pagamento em até 10 (dez) dias contados do recebimento da notificação.

15.10.1 O não pagamento dentro desse prazo acarretará o cancelamento da apólice, a partir do dia imediatamente posterior a 90 (noventa) dias de atraso no pagamento dos prêmios devidos, contados da primeira obrigação vencida, sem prejuízo da cobrança, pela Seguradora, dos prêmios vencidos enquanto vigente o seguro.

15.10.2 Em caso de haver parcelas em atraso intercaladas com parcelas pagas, o seguro será cancelado de pleno direito quando houver 90 (noventa) dias de atraso de pagamento contados da primeira obrigação vencida, independentemente de pagamentos ocorridos entre as parcelas inadimplidas.

15.11 Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora nos prazos contratualmente estabelecidos, observados os termos do subitem 15.10 acima, acarretará o cancelamento da cobertura e sujeitará o Estipulante às cominações legais.

16. Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro

16.1 O Capital Segurado e os prêmios serão atualizados anualmente pelo IPC - FIPE – Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo, com base na última publicação oficial, verificada no mês de aniversário do seguro, ou no menor espaço de tempo que a lei vier a permitir, desde que haja a renovação automática do contrato de seguro.

16.2 O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

16.3 Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária dos valores do seguro terá por base o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

16.4 No caso de Capital Segurado Múltiplo Salarial, os valores do Capital Segurado e dos prêmios serão reajustados segundo a variação dos salários e/ou proventos do Segurado.

16.5 Caberá ao Estipulante solicitar à Seguradora, por escrito e em comum acordo, o aumento do Capital Segurado, que se submeterá novamente às regras de análise e aceitação de risco.

16.5.1 Nos casos em que a forma do custeio do seguro for contributivo, a alteração do Capital Segurado dependerá de anuência expressa de segurados que representem $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

16.6 A Seguradora efetuará o pagamento de valores relativos à atualização monetária das suas obrigações conforme índice previsto no subitem 16.1 acima.

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

16.6.2 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios de 0,5% a.m. (cinco décimos por cento ao mês) será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o valor da obrigação pecuniária principal.

16.7 Quando a periodicidade do pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez deverão ser atualizados pelo índice pactuado, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do evento gerador.

17. Reenquadramento do prêmio em razão da idade ou da faixa etária

17.1 Se a taxa de prêmio for estabelecida em função da idade do Segurado, conforme previsto no Contrato, na Tabela de Prêmios por Idade, o reenquadramento será anual, de acordo com a tabela supracitada e será feito por ocasião da renovação da apólice ou na data de aniversário dos Segurados, conforme estabelecer o Contrato.

17.2 Caso o prêmio seja estruturado no critério de faixas etárias, de acordo com a Tabela de Prêmios por Faixa Etária, prevista no Contrato, o prêmio será reenquadrado automaticamente na renovação do seguro, sempre que o Segurado mudar de faixa etária.

17.3 A forma como os prêmios serão alterados constará do Contrato e será disponibilizada aos proponentes quando da adesão ao seguro.

17.4 A Seguradora poderá solicitar, a qualquer tempo, prova satisfatória da idade dos Segurados.

18. Sinistros

18.1 Ocorrendo um sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, este deverá ser, imediatamente, a ela comunicado, através do preenchimento e entrega, mediante protocolo, do formulário denominado "Aviso de Sinistro", observadas, ainda, as demais disposições desta cláusula.

18.2 O pagamento de qualquer Capital Segurado ou de indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos básicos abaixo relacionados, exceto nos casos previstos nas garantias adicionais de Auxílio Funeral e Auxílio Funeral Familiar, e Auxílio Cesta Básica, em que o prazo de pagamento é de 5 (cinco) dias úteis.

18.3 Não respeitado o prazo previsto no subitem 18.2 os valores devidos serão acrescidos de juros de mora de 0,5% ao mês, e atualização monetária pelo IPC/FIPE - Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo.

18.4 Os juros moratórios serão contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado (subitem 18.2 acima), enquanto que a atualização monetária será aplicada a partir da data do sinistro até a data do efetivo pagamento.

18.5 Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles mencionados nesta cláusula, inclusive informações e esclarecimentos complementares e, neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 18.2 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

18.6 No caso de divergências sobre a causa, a natureza, o diagnóstico ou a extensão das lesões e/ou doença, bem como a avaliação da incapacidade, ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Contratuais, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

18.7 A junta médica será 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 pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

18.9 Os documentos básicos para análise do sinistro, de acordo com a natureza do evento, estão descritos nas garantias adicionais, de acordo com cada garantia adicional contratada.

18.10 No caso da garantia básica os documentos são os seguintes:

a) Morte Natural

a.1 Formulário denominado “Aviso de Sinistro” fornecido pela YASUDA Seguros, preenchido, assinado e carimbado pelo Estipulante, preenchido e assinado pelo Beneficiário e no verso preenchido pelo médico assistente, com firma reconhecida da assinatura do médico;

a.2 Todos os laudos e exames realizados desde a data do diagnóstico da doença até a data do óbito;

a.3 Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

a.4 Cópia do RG e CPF do Segurado;

a.5 Cópia da Certidão de Casamento do Segurado, atualizada com averbação do óbito (se casado);

a.6 Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do Segurado;

a.7 Cópia do comprovante atualizado de endereço nominal ao Segurado, tais como: conta de telefone fixo, água, luz, etc;

a.8 Cópia do holerite do Segurado do mês do sinistro, quando o capital for múltiplo de salário;

b) Morte Acidental

b.1 Formulário denominado “Aviso de Sinistro” fornecido pela YASUDA Seguros, preenchido, assinado e carimbado pelo Estipulante, preenchido e assinado pelo Beneficiário;

b.2 Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

b.3 Cópia do RG e CPF do Segurado;

b.4 Cópia da Certidão de Casamento do Segurado, atualizada com averbação do óbito (se casado);

b.5 Cópia do Laudo de 1º Atendimento Médico Hospitalar;

b.6 Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial;

b.7 Cópia do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho devidamente habilitado pelo médico (quando o caso exigir);

b.8 Cópia do Laudo do IML;

b.9 Cópia do Termo de reconhecimento de Cadáver (quando o caso exigir);

b.10 Cópia do Laudo Toxicológico e Psicotrópico, se houver;

b.11 Cópia do Laudo de Perícia Técnica, se houver;

b.12 Cópia da CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o Segurado o motorista na ocasião do acidente);

b.13 Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do Segurado;

b.14 Cópia do comprovante de endereço nominal ao Segurado do mês do sinistro, como por exemplo: conta de telefone fixo, água, luz, etc;

b.15 Cópia do holerite do Segurado do mês do sinistro, quando o capital for múltiplo de salário;

b.16 Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

18.10.1 Os documentos relativos à liquidação do sinistro de garantia básica dos Segurados Dependentes, se houver, constarão nas respectivas Cláusulas Suplementares que integram a apólice.

18.11 Serão exigidos também dos Beneficiários os seguintes documentos:

a) Cônjuge

a.1 Cópia do CPF e RG

a.2 Cópia atualizada do comprovante do endereço nominal ao cônjuge, como, por exemplo, conta de telefone fixo, água, luz, etc.

b) Companheiro (a)

b.1 Cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou comprovante de dependentes do INSS (se houver) ou cópia da declaração de Imposto de Renda que indique o companheiro (a) como dependente;

b.2 Declaração elaborada pelo Beneficiário, registrada em Cartório, informando o real estado civil do Segurado, se vivia maritalmente com alguém, há quantos anos e se deixou filhos (citar todos os nomes), com firma reconhecida da assinatura.

b.3 Cópia atualizada do comprovante do endereço nominal ao companheiro, tais como: conta de telefone fixo, água, luz, etc.

c) Filhos

c.1 Cópia do CPF e RG;

c.2 Cópia da Certidão de Nascimento;

c.3 Na inexistência da Proposta de Adesão designando Beneficiários, será necessário encaminhar Declaração registrada em cartório, sob as penas civil e criminal, informando o real estado civil do (a) Segurado(a), se vivia maritalmente com alguém (quantos anos) e se o(a) Segurado(a) deixou filhos (citar todos os nomes), com firma reconhecida da(s) assinatura(s);

c.4 Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal a cada um dos beneficiários, tais como: conta de telefone fixo, água, luz, etc.)

d) Pais

d.1 Cópia do CPF e RG;

d.2 Na inexistência da Proposta de Adesão designando Beneficiários e em caso de Segurado solteiro, será necessário encaminhar Declaração registrada em cartório, sob as penas civil e criminal, informando o real estado civil do (a) Segurado(a), se vivia maritalmente com alguém (quantos anos) e se o(a) Segurado(a) deixou filhos (citar todos os nomes), com firma reconhecida da(s) assinatura(s);

d.3 Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal a cada um dos Beneficiários, tais como: conta de telefone fixo, água, luz, etc.;

e) Outros Beneficiários

- e.1 Cópia do CPF e RG do(s) Beneficiário(s);
- e.2 Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal a cada um dos Beneficiários, tais como: conta de telefone fixo, água, luz, etc;

19. Perda do direito à indenização

19.1 A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos, seu representante, seu corretor de seguros, dependentes ou Beneficiários:

- a) **inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro, observado o disposto no subitem 19.2;**
- b) **inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;**
- c) **fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências;**
- d) **dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;**
- e) **agravação intencional do risco objeto do contrato;**
- f) **não fornecimento da documentação solicitada.**

19.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência de sinistro:

- a) **cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
- b) **mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- a) **cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
- b) **mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao**

Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

19.3 Além dos casos previstos em lei, a Seguradora ficará isenta de qualquer obrigação decorrente deste contrato se o Segurado, seu representante legal ou seu corretor de seguros, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio.

19.4 Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

20. Indicação e alteração de Beneficiários do seguro

20.1 O Segurado Principal poderá livremente e a qualquer tempo indicar, por escrito, o(s) Beneficiário(s) que desejar, podendo ainda incluir outros ou substituir as indicações anteriores, ressalvadas as restrições legais.

20.2 Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários feita pelo Segurado, desde que recebida pela Seguradora antes do pagamento do Capital Segurado a quem de direito. Será válido o pagamento feito pela Seguradora se realizado antes de receber a comunicação da alteração de Beneficiário.

20.3 Não havendo expressa indicação de Beneficiário na ocasião do falecimento do Segurado Principal, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago na forma da lei.

20.4 No caso das garantias de Invalidez Permanente por Acidente, Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas – DMH, Doenças Graves, Doença Terminal, Auxílio Funeral Familiar, Diárias por Incapacidade Temporária por doença ou acidente – DIT, Doença Congênita de Filho, previstas nestas Condições Gerais, bem como no caso de morte do Segurado Dependente, quando tiver sido contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge e/ou Filhos, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

20.4.1 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas dos Segurados Principal e Dependentes deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

20.5 Na hipótese da garantia de Rescisão Trabalhista o Beneficiário será o Estipulante.

21. Alteração no seguro

21.1 O presente seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

21.2 Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita formal e expressamente.

21.3 Qualquer alteração no contrato de seguro em vigor, que implique ônus ou deveres aos Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

21.4 A alteração que não implicar modificação da apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou em redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante.

22. Material de divulgação

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da apólice e as normas do seguro.

23. Outras obrigações do Estipulante

23.1 Sem prejuízo das obrigações legais e administrativas bem como das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e no Contrato, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

- I - fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- II - manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- III - fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- IV - repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- V - repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- VI - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- VII - comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- VIII - dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

IX - comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

X - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;

XI - informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracteres tipográficos maiores ou iguais aos do Estipulante; e,

XII - dar ciência aos Segurados de todos os termos destas Condições Gerais, enviando-lhes cópia integral.

24. Outras obrigações do Segurado

24.1 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

24.2 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

24.3 O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

25. Tributos

25.1 Os tributos relativos a este seguro serão pagos por quem a lei determinar.

26. Prescrição

26.1 Qualquer direito do Segurado, ou do(s) Beneficiário(s), com fundamento na presente seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

27. Disposições Finais

27.1 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

27.2 O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

27.3 O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

27.4 Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice.

28. Foro e Legislação Aplicável

28.1 Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas que decorram da execução do presente contrato.

28.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

28.3 Este seguro é regido pela legislação brasileira.

Nº 01 - COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL

1. Risco Coberto

1.1. Mediante a inclusão desta garantia adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, como uma indenização especial, **em caso de morte do Segurado causada exclusivamente por acidente pessoal**, sem prejuízo do pagamento do Capital Segurado referente à Garantia Básica, observadas as Condições Contratuais.

1.2 O conceito de acidente pessoal para efeito deste seguro é o que consta nas Condições Gerais da apólice, subitem 3.1.

2. Riscos Excluídos

2.1 Além dos riscos excluídos alinhados na Cláusula 4ª das Condições Gerais, estão expressamente excluídos da cobertura concedida sob esta garantia adicional os eventos ocorridos em consequência de:

a) **doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente;**

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

c) **moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc;**

d) **atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou seu representante de um ou de outro. Se o Segurado for pessoa jurídica estão também excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes.**

3. Capital Segurado

3.1 Para fins deste seguro o Capital Segurado é a importância máxima a ser paga pela Seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de indenização especial por morte acidental.

3.2 Considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado relativo a esta garantia, a data do acidente.

4. Sinistros

4.1 Os documentos básicos para análise, de acordo com a natureza do evento, são:

a) Morte Acidental do Segurado Principal:

- a.1 Formulário denominado “Aviso de Sinistro” fornecido pela YASUDA Seguros, preenchido, assinado e carimbado pelo Estipulante, preenchido e assinado pelo Beneficiário e no verso preenchido pelo médico assistente, com firma reconhecida da assinatura do médico;
- a.2 Cópia do Laudo de 1º Atendimento Médico Hospitalar;
- a.3 Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- a.4 Cópia do RG e CPF do Segurado;
- a.5 Cópia da Certidão de Casamento do Segurado, atualizada com averbação do óbito (se casado);
- a.6 Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial;
- a.7 Cópia do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho devidamente habilitado pelo médico (quando o caso exigir);
- a.8 Cópia do Laudo do IML;
- a.9 Cópia do Termo de reconhecimento de Cadáver (quando o caso exigir);
- a.10 Cópia do Laudo Toxicológico e Psicotrópico, se houver;
- a.11 Cópia do Laudo de Perícia Técnica, se houver;
- a.12 Cópia da CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o Segurado o motorista na ocasião do acidente);
- a.13 Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do Segurado;
- a.14 Cópia do comprovante de endereço nominal ao Segurado do mês do sinistro, tais como: conta de telefone fixo, água, luz, etc;
- a.15 Cópia do último holerite do Segurado Principal, quando o capital for múltiplo de salário;
- a.16 Na inexistência do item anterior, encaminhar cópia do Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho do segurado principal;
- a.17 Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

b) Morte Acidental do(a) Cônjuge ou Companheiro(a) (se houver a contratação da cobertura)

- b.1 Formulário denominado “Aviso de Sinistro” fornecido pela YASUDA Seguros, preenchido, assinado e carimbado pelo Estipulante, preenchido e assinado pelo Beneficiário e no verso preenchido pelo médico assistente, com firma reconhecida da assinatura do médico;
- b.2 Cópia do Laudo de 1º Atendimento Médico Hospitalar;
- b.3 Cópia da Certidão de Óbito do(a) Segurado(a) sinistrado(a);
- b.4 Cópia do RG e CPF do(a) cônjuge ou do(a) companheira e do Segurado Principal;
- b.5 Cópia da Certidão de Casamento do Segurado, atualizada com averbação do óbito (se casado);
- b.6 Cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependentes do INSS, (se houver);

- b.7 Se não casados, encaminhar Declaração elaborada pelo Segurado Principal, informando o real estado civil do(a) Segurado(a), se vivia maritalmente com alguém, há quantos anos e se deixou filhos (citar todos os nomes), com firma reconhecida da assinatura;
- b.8 Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial;
- b.9 Cópia do Laudo do IML;
- b.10 Cópia do Termo de Reconhecimento de Cadáver (quando o caso exigir);
- b.11 Cópia do Laudo Toxicológico e Psicotrópico, se houver;
- b.12 Cópia da CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o(a) Segurado sinistrado(a) motorista na ocasião do acidente);
- b.13 Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do Segurado Principal;
- b.14 Cópia do comprovante de endereço nominal ao cônjuge ou companheiro(a) do mês do sinistro, tais como: conta de telefone fixo, água, luz, etc;
- b.15 Cópia do comprovante de endereço atualizado nominal Segurado Principal, tais como: conta de telefone fixo, água, luz, etc;
- b.16 Cópia do holerite do Segurado Principal do mês do sinistro, quando o capital for múltiplo de salário;
- b.17 Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

c) Morte Acidental de Filho (se houver a contratação da cobertura)

- c.1 Formulário denominado "Aviso de Sinistro" fornecido pela YASUDA Seguros, preenchido, assinado e carimbado pelo Estipulante, preenchido e assinado pelo Segurado Principal, e no verso preenchido pelo médico assistente, com firma reconhecida da assinatura do médico;
- c.2 Cópia da Certidão de Óbito;
- c.3 Cópia do CPF e RG do Segurado sinistrado e, na sua inexistência, apresentar cópia da certidão de nascimento;
- c.4 Cópia do CPF e RG do Segurado Principal;
- c.5 Cópia da CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o Segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente);
- c.6 Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial;
- c.7 Cópia do Laudo do IML;
- c.8 Cópia do Laudo Toxicológico e Psicotrópico, se houver;
- c.9 Cópia do Laudo de Perícia Técnica, se houver;
- c.10 Cópia do Termo de Reconhecimento de Cadáver (quando o caso exigir);
- c.11 Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do Segurado Principal;
- c.12 Cópia do comprovante de endereço nominal ao filho do mês do sinistro, tais como: conta de telefone fixo, água, luz, etc;
- c.13 Cópia do comprovante de endereço atualizado nominal Segurado Principal, tais como: conta de telefone fixo, água, luz, etc;
- c.14 Cópia do holerite do Segurado Principal do mês do sinistro, quando o capital for múltiplo de salário;
- c.15 Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após análise dos documentos pertinentes ao sinistro).



5. Beneficiários

5.1 Em caso de morte acidental do Segurado Principal, os Beneficiários do seguro são aqueles expressamente indicados, obedecidas as disposições da Cláusula 19 das Condições Gerais.

5.2 Em caso de morte acidental de cônjuge ou de filhos, se houver a cobertura contratada para estes, o Beneficiário do seguro é o Segurado Principal.

6. Ratificação

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas por esta garantia adicional.

Nº 02 – COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. Risco Coberto

1.1. Mediante a inclusão desta garantia adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela anexa, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, 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 devidamente coberto, quando este ocorrer dentro do período de vigência deste seguro, 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 Condições Contratuais.

1.2 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade.

1.2.1 A Seguradora reserva-se o direito de, examinado cada caso, consultar, livremente e a seu critério, especialistas para comprovar a invalidez e seu grau, e solicitar do Segurado que se submeta a exame para verificação do nível de incapacidade.

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

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

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

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

1.7 A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

1.8 A garantia de Invalidez Total e Permanente por Acidente não se acumula com as coberturas de Indenização Especial por Morte Acidental e Básica - Morte. Se,

depois de paga uma indenização por invalidez parcial permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado ou sua invalidez total em consequência do mesmo acidente, será deduzida da indenização a ser paga a importância já indenizada.

1.9 A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

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

1.11 Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

1.12 Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

1.13 O pagamento de indenização por invalidez TOTAL e permanente por acidente imediata e automaticamente extingue o presente contrato de seguro.

2. Riscos Excluídos

2.1 Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 4ª das Condições Gerais da apólice, estão expressamente excluídos da garantia de invalidez permanente total e parcial por acidente os eventos ocorridos em consequência de:

- a) doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente;**
- b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; e**
- c) moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc .**

2.2 Estão também excluídos da garantia concedida sob esta garantia adicional quaisquer tipos de hérnia e suas consequências, o parto ou aborto e suas consequências, e o choque anafilático e suas consequências, salvo quando decorrentes de acidente coberto.

3. Sinistros

Os documentos básicos para análise, de acordo com a natureza do evento, são:

a) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Segurado Principal

- a.1 Formulário denominado “Acidentes Pessoais” fornecido pela YASUDA Seguros, preenchido e assinado pelo Segurado(a) e no verso preenchido pelo médico assistente, com firma reconhecida da assinatura do médico;
- a.2 Relatório médico devidamente preenchido assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais, sequelas e respectivo déficit funcional permanente e se o Segurado está de alta médica definitiva;
- a.3 RX da Lesão, com a devida identificação na película e o seu laudo médico (se houver);
- a.4 Cópia do Laudo de 1º Atendimento Hospitalar;
- a.5 Cópia do RG e CPF do Segurado;
- a.6 Cópia da CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o Segurado o motorista na ocasião do acidente);
- a.7 Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial;
- a.8 Cópia do Laudo do IML;
- a.9 Cópia do Laudo de Perícia Técnica, se houver;
- a.10 Cópia do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho devidamente habilitado pelo médico (quando o caso exigir);
- a.11 Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do Segurado;
- a.12 Cópia de comprovante atualizado de endereço nominal ao Segurado, tais como: conta de telefone fixo, água, luz, etc;
- a.13 Cópia do holerite do Segurado Principal na data do acidente, quando o capital for múltiplo de salário;
- a.14 Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Cônjuge (quando houver a cobertura contratada)

- b.1 Formulário denominado “Acidentes Pessoais” fornecido pela YASUDA Seguros, preenchido e assinado pelo Segurado(a) sinistrado(a) e no verso preenchido pelo médico assistente, com firma reconhecida da assinatura do médico;
- b.2 Relatório médico devidamente preenchido assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais, sequelas e respectivo déficit funcional permanente e se o Segurado(a) sinistrado(a) está de alta médica definitiva;
- b.3 RX da Lesão, com a devida identificação na película e o seu laudo médico;
- b.4 Cópia do Laudo de 1º Atendimento Hospitalar;
- b.5 Cópia do RG e CPF do Segurado sinistrado;
- b.6 Cópia do RG e CPF do Segurado Principal;
- b.7 Cópia da Certidão de Casamento do Segurado Principal, atualizada com as devidas averbações (se casado);

- b.8 Cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependentes do INSS, (se houver);
- b.9 Se não casados, encaminhar Declaração elaborada pelo Segurado(a) principal, informando o real estado civil do(a) Segurado(a) sinistrado(a), se vivia maritalmente com alguém, há quantos anos e se deixou filhos (citar todos os nomes), com firma reconhecida da assinatura;
- b.10 Cópia da CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o Segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente);
- b.11 Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial;
- b.12 Cópia do Laudo do IML;
- b.13 Cópia do Laudo de Perícia Técnica;
- b.14 Cópia do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho devidamente habilitado pelo médico (quando o caso exigir);
- b.15 Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do Segurado;
- b.16 Cópia de comprovante atualizado de endereço nominal ao cônjuge ou companheiro(a) e do Segurado Principal, tais como: conta de telefone fixo, água, luz, etc;
- b.17 Cópia do holerite do Segurado Principal na data do acidente, quando o capital for múltiplo de salário;
- b.18 Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

4. Ratificação

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas por esta garantia adicional.



**TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ
PERMANENTE**

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia Bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda Total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	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
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-úlnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	



INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não-consolidada de um fêmur	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbios-peroneiros	25
	Fratura não-consolidada da rótula	20
	Fratura não-consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10	
- de 3 (três) centímetros	06	
- menos de 3 (três) centímetros	sem indenização	
Perda do uso de Membros sem Perda Anatômica		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprio da tabela.		
DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
	- Em grau mínimo	5
	- Em grau médio	10
	- Em grau máximo	20



INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
DIVERSAS	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais:	
	- Unilateral	07
	- Unilateral com fístulas	15
	- Bilateral	14
	- Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra:	
	- 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 da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	08
	Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
Incontinência urinária permanente	30	



INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
DIVERSAS	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	05
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
	- Com função respiratória preservada	15
	- Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	- Com redução em grau médio da função respiratória	50
	- Com insuficiência respiratória	75
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ORGÃO E VÍCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40



INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
DIVERSAS	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colostomia definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05	

Nº 03 - COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMH)

1. Risco Coberto

1.1. Mediante a inclusão desta garantia adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante ao Segurado, até o valor do Capital Segurado contratado para esta garantia, o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto, e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente, observadas as Condições Contratuais.

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

1.3 Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

1.4 A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

1.5 A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda de direitos em relação à cobertura concedida sob esta cláusula, em caso de recusa.

2. Riscos Excluídos

2.1 Além dos riscos constantes da Cláusula 4ª das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura concedida por esta garantia adicional os acidentes ocorridos em consequência de:

- a) doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente;**
- b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.;**
- d) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou seu representante de um ou de outro. Se o Segurado for pessoa jurídica estão também excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos**



praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes.

2.3 As despesas abaixo relacionadas também estão excluídas da garantia concedida sob esta garantia adicional:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhante;**
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.**

3. Capital Segurado

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta garantia, a data do acidente.

4. Sinistros

Os documentos básicos para análise, de acordo com a natureza do evento, são:

- a) Formulário denominado "Aviso de Sinistro" fornecido pela YASUDA Seguros, preenchido e assinado pelo Segurado(a) e no verso preenchido pelo médico assistente, com firma reconhecida da assinatura do médico;
- b) Cópia de todos os laudos e exames realizados desde o diagnóstico até a data da apresentação da documentação;
- c) Cópia do Laudo do 1º Atendimento Médico Hospitalar;
- d) Cópia do Laudo do IML;
- e) Cópia do RG e CPF do Segurado;
- f) Cópia da CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o Segurado o motorista na ocasião do acidente);
- g) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial;
- h) Cópia do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho devidamente habilitado pelo médico (quando o caso exigir);
- i) Comprovante das despesas: recibos de honorários médicos, notas fiscais de hospitais, comprovantes de aquisição de medicamentos devidamente acompanhados das receitas médicas, todos originais;
- j) Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do Segurado;
- k) Cópia de comprovante atualizado de endereço nominal ao Segurado, tais como: conta de telefone fixo, água, luz, etc;
- l) Cópia do holerite do Segurado do mês do sinistro, quando o capital for múltiplo de salário;
- m) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

5. Ratificação

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas por esta garantia adicional.

Nº 04 – COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES

1. Risco Coberto e Forma de Contratação

1.1 Mediante a inclusão desta garantia adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante o pagamento de indenização ao Segurado, caso este venha a apresentar, durante a vigência da apólice, diagnóstico das doenças graves abaixo listadas, observados os procedimentos estabelecidos sob esta cobertura e as demais Condições Contratuais.

1.2 Para fins desta cobertura, são consideradas Doenças Graves, exclusivamente, as seguintes patologias, nas condições abaixo especificadas:

1.2.1 Doença Cardiológica

Está coberto o Segurado que seja portador de qualquer doença cardiológica (Arterial, Muscular ou Valvular) que lhe traga desconforto, dores precordiais, fadiga, palpitações e falta de ar, mesmo em repouso, que o incapacitem para qualquer atividade física, não melhorando com tratamento médicos convencionais, em que a classe funcional corresponda aos níveis III e IV, conforme abaixo:

1.2.1.1 Classificação das Cardiopatias (classificação funcional da NYHA):

- a) Classe I: atividade física comum não ocasiona fadiga, dispneia, palpitação ou angina.
- b) Classe II: não há sintomas em repouso, mas a atividade física comum leva o indivíduo a apresentar dispneia, fadiga, palpitação ou angina.
- c) Classe III: não há sintomas em repouso, mas a atividade física mínima, menor que a habitual, produz sintomas de dispneia, fadiga, palpitação ou angina.
- d) Classe IV: há dispneia, fadiga, palpitação ou angina em repouso, que pioram ainda mais com o esforço.

1.2.2 Doença Renal;

Está coberto o Segurado portador de doença renal crônica e irreversível que necessite de tratamento com diálise constante, mesmo após realização de transplante renal.

1.2.3 Doenças Neoplásicas;

Está coberto o Segurado portador de qualquer doença neoplásica maligna que apresente complicações e intercorrências graves, caracterizadas por compressões tumorais ou metástases à distância, e que o tornem incapaz do exercício de qualquer atividade física.

1.2.4 Doenças do Sistema Nervoso Central.



Está coberto o Segurado portador de doenças neurológicas severas e irreversíveis com sequelas motoras e cognitivas, que o impeçam de exercer qualquer atividade, tornando-o dependente de terceiros para o próprio autossustento.

1.3 O diagnóstico definitivo da doença grave deverá ser efetuado por profissional médico habilitado, especialista na respectiva patologia, e deverá estar acompanhado dos exames médicos realizados comprobatórios da doença.

1.4 Sendo constatado e comunicado à Seguradora o diagnóstico de uma das doenças relacionadas nos itens acima como objeto de cobertura da apólice, não se aceita acumulação de pagamento de Capital Segurado para diagnóstico de mais uma doença grave.

1.5 A garantia concedida sob esta cláusula poderá ser contratada:

- a) como antecipação total da garantia básica;
- b) como antecipação parcial da garantia básica;
- c) ter Capital Segurado específico estabelecido para esta cobertura adicional.

1.5.1 Na hipótese de contratação na forma prevista na alínea “a” deste subitem 1.5 e atendidas as demais condições desta garantia, a cobertura de Doenças Graves garante ao Segurado Principal, mediante solicitação, o pagamento antecipado do capital segurado individual da Garantia Básica – Morte.

1.5.1.1 Por tratar-se de antecipação total da garantia básica, o pagamento do Capital Segurado relativo a esta cobertura extingue imediata e automaticamente a garantia para o caso de Morte, bem como o presente contrato de seguro. Nesta hipótese, os prêmios pagos após a data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente.

1.5.2 Na hipótese de contratação na forma prevista na alínea “b” deste subitem 1.5 e atendidas as demais condições desta garantia, a cobertura de Doenças Graves garante ao Segurado Principal, mediante solicitação, o pagamento correspondente a um percentual do Capital Segurado individual da Garantia Básica – Morte, a título de antecipação, limitado ao valor constante no Contrato.

1.5.2.1 Por tratar-se de antecipação parcial da garantia básica, em havendo o reconhecimento, por parte da Seguradora, do direito do(s) Beneficiário(s) ao Capital Segurado Individual relativo à garantia Básica - Morte, o pagamento desta garantia será efetuado descontando-se o valor já pago em razão da garantia de Doenças Graves.

1.5.3 Na hipótese de contratação na forma prevista na alínea “c” deste subitem 1.5 e atendidas as demais condições desta garantia, a cobertura

de Doenças Graves garante ao Segurado Principal o pagamento do valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura.

1.5.3.1 Uma vez constatado o direito do Segurado ao recebimento da indenização e pago o Capital Segurado relativo a esta cobertura, **a garantia de Doenças Graves será excluída do seguro**, emitindo-se novo certificado de seguro, deduzindo-se, do prêmio total, o valor do prêmio correspondente.

1.5.3.2 **Não haverá pagamento do Capital Segurado referente a esta garantia, se constatada a doença após o falecimento do Segurado.**

2. Riscos Excluídos

Estão expressamente excluídos do âmbito desta Cobertura Adicional quaisquer doenças não previstas nesta garantia e/ou que não se enquadrem nos critérios definidos nestas condições para a caracterização da doença grave.

3. Carência

3.1 Poderá ser estipulado no Contrato um prazo de carência para esta cobertura, prazo este que será contado do início de vigência do certificado de seguro, e representa o **período no qual o Segurado não terá direito a qualquer indenização caso venha a apresentar diagnóstico definitivo de qualquer das doenças graves cobertas, embora obrigado ao pagamento dos prêmios respectivos.**

3.2 **O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado, no caso de contratação coletiva.**

3.3 **Também não terá direito a qualquer indenização referente a esta cobertura o Segurado que apresente, durante o período de carência a que se refere o item anterior (3.1), qualquer manifestação das patologias cobertas, ainda que a mesma só venha a ser considerada como doença grave nos termos destas condições após decorrido o prazo de carência.**

4. Capital Segurado

Para efeito de determinação do Capital Segurado relativo a esta cobertura, considera-se como data do evento a data do diagnóstico da doença

5. Sinistros

Os documentos básicos para análise, de acordo com a natureza do evento, são:

a) Formulário denominado "Aviso de Sinistro" fornecido pela YASUDA Seguros, preenchido, assinado e carimbado pelo Estipulante, preenchido e assinado pelo

Beneficiário e no verso preenchido pelo médico assistente, com firma reconhecida da assinatura do médico;

b) Relatório médico assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, data do diagnóstico da doença grave, os tratamentos realizados e evolução da doença;

c) Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data e que comprovem a autonomia funcional do Segurado;

d) Cópia do RG e CPF do Segurado;

e) Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do Segurado;

f) Cópia do comprovante atualizado de endereço nominal ao Segurado, tais como: conta de telefone fixo, água, luz, etc;

g) Cópia do holerite do Segurado Principal no mês do diagnóstico da doença, quando o capital for múltiplo de salário;

h) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

6. Ratificação

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas por esta garantia adicional.

Nº 05 - COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA TERMINAL

1. Risco Coberto

1.1. Mediante a inclusão desta garantia adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante a antecipação total do Capital Segurado da Garantia Básica ao Segurado, caso este venha a ser considerado, durante a vigência deste seguro, paciente em fase terminal, observadas as Condições Contratuais.

1.1.1 Para fins desta cobertura, considera-se como paciente em fase terminal, o portador de doença grave para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos e que apresente uma expectativa de morte em até 6 (seis) meses.

1.2 O diagnóstico da doença, bem como a indicação do período de expectativa de vida do Segurado deverá ser efetuado por profissional médico habilitado, especialista na respectiva patologia, e deverá estar acompanhado dos exames médicos realizados comprobatórios da doença.

1.3 Por ser essa garantia uma antecipação da Garantia Básica - Morte, o pagamento do Capital Segurado relativo ao risco de doença terminal contratado sob esta garantia adicional extingue, imediata e automaticamente, a garantia para o caso de morte, bem como o presente contrato de seguro.

1.3.1 Nesta hipótese, os prêmios pagos após a data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente.

1.4 Para efeito de determinação do Capital Segurado relativo a esta garantia, considera-se como data do evento a data da indicação da expectativa de vida igual ou inferior a 6 (seis) meses.

2. Carência

2.1 Poderá ser estipulado no Contrato um prazo de carência para esta cobertura, prazo este que será contado do início de vigência do certificado de seguro, e representa o **período no qual o Segurado não terá direito a qualquer indenização, caso venha a apresentar diagnóstico definitivo de qualquer doença terminal, embora obrigado ao pagamento dos prêmios respectivos.**

2.2 O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado, no caso de contratação coletiva.

2.3 Também não terá direito a qualquer indenização referente a esta cobertura o Segurado que apresente, durante o período de carência a que se refere o item anterior (2.1), qualquer manifestação de patologia que o leve a ser considerado paciente em fase terminal, ainda que esta caracterização venha a ocorrer após decorrido o prazo de carência.

3. Sinistros

Os documentos básicos para análise de acordo com a natureza do evento são:

- a) Formulário denominado "Aviso de Sinistro" fornecido pela YASUDA Seguros, preenchido, assinado e carimbado pelo Estipulante, preenchido e assinado pelo Beneficiário e no verso preenchido pelo médico assistente, com firma reconhecida da assinatura do médico;
- b) Relatório médico assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando o início da incapacidade, data do diagnóstico, evolução da doença, tratamentos instituídos e qual o período de expectativa de vida;
- c) Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data;
- d) Cópia do RG e CPF do Segurado;
- e) Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do segurado;
- f) Cópia do comprovante atualizado de endereço nominal ao Segurado, tais como: conta de telefone fixo, água, luz, etc;
- g) Cópia do holerite do Segurado na data da indicação da expectativa de vida do segurado, quando o capital for múltiplo de salário;
- h) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

4. Ratificação

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não tenham sido alteradas por esta garantia adicional.

Nº 06 - COBERTURA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL E ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR

1. Risco Coberto

1.1. Mediante a inclusão desta garantia adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante, em caso de morte do Segurado, o reembolso das despesas realizadas com o seu funeral ou a prestação do serviço de assistência, até o valor do Capital Segurado, de acordo com o disposto nos subtítulos abaixo, e observadas as Condições Contratuais.

1.2 Reembolso das Despesas

1.2.1 A Seguradora efetuará o reembolso das despesas com o funeral diretamente ao responsável pelo dispêndio, até o limite do Capital Segurado contratado.

1.2.2 A comprovação das despesas deverá ser feita mediante apresentação dos comprovantes originais, e se as despesas realizadas forem inferiores ao Capital Segurado, a diferença será paga aos Beneficiários indicados.

1.2.3 Para o devido reembolso, quando não acionado os serviços de Assistência Funeral através do telefone 0800, encaminhar todas as Notas Fiscais, Recibos das despesas com o funeral (originais) e cópias do CPF, RG e do comprovante de endereço nominal a pessoa que arcou com as despesas .

1.3 Serviços de Assistência Funeral

1.3.1 Em substituição ao reembolso, poderá haver opção pela prestação de serviços de assistência funeral, até o limite do Capital Segurado contratado, e se as despesas realizadas pelo prestador de serviço forem inferiores ao Capital Segurado, a diferença será paga aos Beneficiários indicados.

1.3.2 A prestação dos serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço) engloba os seguintes itens, exclusivamente:

- Envio de um representante credenciado, além do fornecimento do livro de registro de presença;
- preparação do corpo para acomodação em urna;
- urna/caixão mortuário, feita em madeira maciça, com ornamentos laterais e face superior, alças e chavetas douradas, forração em tecido, apoio para cabeça, visor e babados e sobrebabados;
- véu ou manto mortuário, quando necessário;
- enfeite floral e coroas de flores;
- capela mortuária ou velório;
- aparelho de ozona;
- mesa de condolências ou câmara ardente, incluindo castiçais, velas, suporte para urna e imagens ou insígnias de acordo com a religião da família;



- Remoção do corpo através de carro funerário para enterro dentro do município de moradia habitual do Segurado;
- pagamento de taxa de sepultamento ou cremação onde existir esse serviço;
- providências no sentido de levar o óbito à registro, suportando os ônus decorrentes deste serviço;

1.3.2.1 no caso em que a família do “de cujus” não dispuser de local para o sepultamento, a Seguradora poderá indicar dependendo da disponibilidade do local, a locação de um jazigo, por um período de 3 (três) anos, a contar da data do falecimento.

1.3.2.2 Os custos de locação e manutenção do jazigo não estão cobertos pelo seguro, e serão de responsabilidade dos familiares do Segurado.

1.4 Traslado e/ou repatriamento de corpo

1.4.1 Em caso de falecimento do Segurado, o prestador de serviço tratará das formalidades a serem cumpridas no local do falecimento, garantindo o pagamento das despesas de transporte desde o local de óbito e/ou preparação do corpo, até o local de sepultamento ou cremação no Brasil, incluindo-se os gastos para o fornecimento de urna funerária para o transporte terrestre, ou de urna específica (zincada) necessária para traslados aéreos, quando o falecimento ocorrer fora do município de residência.

1.4.1.1 Deverão ser utilizados, para o traslado e/ou repatriamento do corpo, os prestadores de serviço da Seguradora, não sendo possível o reembolso de despesas, em caso de não utilização de tais serviços.

1.4.2 Condições para a prestação de serviço de traslado e/ou repatriamento de corpo:

- a) No que se refere ao traslado do corpo, o prestador de serviço providenciará a remoção do corpo de qualquer lugar do mundo somente para o sepultamento ou cremação no Município de moradia habitual do Segurado no Brasil, **observada a exclusão constante da alínea “b” do item 2 desta cobertura;**
- b) **Caso a família queira que o sepultamento seja feito em cidade diversa da do domicílio do Segurado, deverá arcar com eventuais gastos que surjam em decorrência da mudança do local de sepultamento.**
- c) Os serviços de assistência serão prestados a partir do momento em que o corpo do falecido Segurado estiver liberado pelas autoridades, sem que haja obstáculo material, policial ou judicial que impeça o traslado.

1.5 Assistência Funeral Familiar

1.5.1 Uma vez contratada a cobertura de Assistência Funeral para o Segurado Principal, a garantia poderá ser contratada também para seu

Cônjuge/Companheiro(a) bem como para seus filhos, conforme definição de segurados dependentes, nas mesmas condições estabelecidas sob esta garantia adicional.

2. Riscos Excluídos

2.1 Estão excluídos da cobertura sob esta cláusula:

- a) Aquisição de jazigo ou carneiro;**
- b) A cremação, em caso de falecimento, para Segurados que residam em municípios que não disponham desse serviço;**
- c) Despesas extras (transporte, alimentação e hospedagem dos Beneficiários) para a prestação dos serviços de assistência a sepultamento ou cremação;**
- d) Despesas decorrentes de confecção, manutenção e ou recuperação de jazigos;**
- e) Exumação de corpos que estiverem no jazigo, quando do sepultamento;**
- f) Traslado do corpo para sepultamento fora do município de residência;**
- g) Buscas, realização de provas, bem como formalidades legais e burocráticas, no caso do Segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja sua natureza, implicando “morte presumida”;**
- h) A prestação do serviço de Assistência Funeral nas localidades onde a legislação não permitir que a Central de Assistência intervenha;**
- i) Toda e qualquer despesa ou serviço solicitado direta ou indiretamente pelos beneficiários e/ou familiares, não especificado nesta cobertura.**

3. Âmbito Territorial da Cobertura

3.1 Esta cobertura abrange os serviços funerários e de sepultamento realizados exclusivamente em território brasileiro.

3.2 No caso de traslado do corpo e repatriamento, o âmbito territorial da cobertura é o globo terrestre, observados os subitens 1.4.1.1 e 1.4.2 desta garantia adicional.

4. Carência

4.1 Poderá ser estipulado, no Contrato, um prazo de carência para esta cobertura de, no máximo, 6 (seis) meses.

4.1.1 Não haverá carência em caso de morte acidental.

4.2 O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado, no caso de contratação coletiva.

5. Capital Segurado

Para efeito de determinação do Capital Segurado relativo a esta garantia, considera-se como data do evento a data do falecimento.



6. Pagamento Diverso

Se, por qualquer motivo, não houver utilização da cobertura concedida, seja sob a forma de Reembolso das Despesas ou dos Serviços de Assistência Funeral acima mencionados, o Capital Segurado desta garantia será pago **aos Beneficiários indicados**.

7. Ratificação

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas por esta garantia adicional.

Nº 07 – COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL INDIVIDUAL E AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR

1. Risco Coberto

1.1. Mediante inclusão na apólice desta garantia adicional e pagamento do prêmio correspondente, a Seguradora garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), a título de Auxílio Funeral Individual, caso o Segurado venha a falecer, durante a vigência da apólice, observados os procedimentos estabelecidos para que esta cobertura produza efeitos, e as demais Condições Contratuais.

1.2 Desde que contratada a cobertura acima especificada para o Segurado Principal, esta também poderá ser contratada, de acordo com a opção do Estipulante na Proposta de Contratação, para o cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal, bem como para os filhos do Segurado Principal, conforme definição de segurado dependente, constituindo a garantia de Auxílio Funeral Familiar.

1.3 A garantia de Auxílio Funeral poderá ser contratada da seguinte forma:

- a) como antecipação parcial da garantia básica; ou,
- b) ter Capital Segurado próprio.

1.3.1 Na hipótese de contratação na forma prevista na alínea “a” acima, a cobertura de Auxílio Funeral garante ao(s) Beneficiário(s), mediante requerimento, o pagamento correspondente a um percentual do Capital Segurado individual da garantia Básica - Morte, definido na Proposta de Contratação, limitado ao valor constante no Contrato, a título de antecipação parcial da garantia Básica - Morte, caso o Segurado venha a falecer, seja por morte natural, seja acidental, desde que devidamente coberta pelo seguro, observadas as Condições Contratuais.

1.3.1.1 Por tratar-se de antecipação parcial da garantia básica, em havendo o reconhecimento, por parte da Seguradora, do direito do(s) Beneficiário(s) ao Capital Segurado Individual relativo à garantia Básica - Morte, **o pagamento desta garantia será efetuado descontando-se o valor já pago em razão da garantia de Auxílio Funeral.**

1.3.2 Na hipótese de contratação na forma prevista na alínea “b” do subitem 1.3, a cobertura de Auxílio Funeral individual garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, a título de Auxílio Funeral, caso o Segurado venha a falecer, seja por morte natural, seja acidental, desde que devidamente coberta pelo seguro, observadas as Condições Contratuais.

1.4 Os critérios previstos acima, para a forma de contratação e pagamento de indenização, aplicam-se integralmente à garantia de Auxílio Funeral Familiar, se contratada a cobertura para o cônjuge/companheira(o) do Segurado Principal e/ou Filhos sendo que, no caso de Auxílio Funeral Familiar, o Beneficiário será sempre o Segurado Principal.

2. Carência

2.1 Poderá ser estipulado, no Contrato firmado com o Estipulante, um prazo de carência para esta cobertura, de, no máximo 6 (seis) meses.

2.1.1 Não haverá carência em caso de morte acidental.

2.2 O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado, no caso de contratação coletiva.

3. Capital Segurado

Para efeito de determinação do Capital Segurado relativo a esta garantia, considera-se como data do evento a data do falecimento.

4. Sinistros

Os documentos básicos para análise de acordo com a natureza do evento são:

- a) Formulário denominado "Aviso de Sinistro" fornecido pela YASUDA Seguros, preenchido, assinado e carimbado pelo Estipulante, preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- b) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado sinistrado;
- c) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

Além dos documentos relacionados acima, os Beneficiários devem encaminhar obrigatoriamente seus documentos pessoais (RG, CPF, Comprovante atualizado de endereço, etc) e comprovação de sua condição de Beneficiário.

O pagamento do Auxílio Funeral será efetuado ao Beneficiário ou a seu representante legal (no caso de menor), no prazo de 5 (cinco) dias úteis da entrega à Seguradora dos documentos necessários à análise do sinistro.

O pagamento, por si só, não implica o reconhecimento da obrigação de pagar nenhuma outra garantia do seguro.

5. Ratificação

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não tenham sido alteradas por esta garantia adicional.

Nº 08 - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA

1. Risco Coberto

1.1. Mediante a inclusão desta garantia adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante ao(s) Beneficiário(s) do Segurado, caso ocorra a sua morte por qualquer causa, o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, a título de Auxílio Cesta Básica.

1.1.1 A morte do Segurado deve ser reconhecida como coberta pelo contrato de seguro, para que a garantia de Auxílio Cesta Básica, objeto da cobertura sob esta cláusula, tenha efeitos, observadas as disposições das Condições Gerais, das Condições Especiais e do Contrato.

2. Carência

2.1 Poderá ser estipulado, no Contrato a ser firmado com o Estipulante, um prazo de carência para esta cobertura de, no máximo, 6 (seis) meses, em caso de Morte Natural.

2.1.1. Não há carência, em caso de morte acidental.

2.2 O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado, no caso de contratação coletiva.

3. Pagamento

3.1 O pagamento do Auxílio Cesta Básica, tendo em vista sua natureza alimentar, será efetuado ao Beneficiário ou ao seu Representante legal (em caso de Beneficiários menores), no prazo de 5 (cinco) dias úteis da entrega à Seguradora dos documentos necessários à liquidação do sinistro.

3.2 Para efetivar o pagamento a Seguradora entregará ainda ao Beneficiário um formulário denominado "Autorização de Crédito", que deverá ser por ele preenchido e assinado.

3.3 O pagamento do Auxílio Cesta Básica, por si só, não implica o reconhecimento da obrigação de pagar nenhuma outra garantia do seguro.

3.4 Para efeito de determinação do Capital Segurado relativo a esta cobertura, considera-se como data do evento a data do falecimento.

4. Sinistros

Os documentos básicos para análise de acordo com a natureza do evento são:

-
- a) Formulário denominado “Aviso de Sinistro” fornecido pela YASUDA Seguros, preenchido, assinado e carimbado pelo Estipulante, preenchido e assinado pelo Beneficiário;
 - b) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
 - c) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

Além dos documentos relacionados acima, os Beneficiários devem encaminhar obrigatoriamente seus documentos pessoais (RG, CPF, Comprovante atualizado de endereço, etc), e comprovação de sua condição de Beneficiário.

O pagamento do Auxílio Cesta Básica será efetuado ao Beneficiário ou a seu representante legal (no caso de menor), no prazo de 5 (cinco) dias úteis da entrega à Seguradora dos documentos necessários à análise do sinistro.

O pagamento, por si só, não implica o reconhecimento da obrigação de pagar nenhuma outra garantia do seguro.

5. Ratificação

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas por esta garantia adicional.

Nº 09 - COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. Risco Coberto

1.1. Mediante a inclusão desta garantia adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante o pagamento de diárias ao Segurado, em caso de impossibilidade contínua e ininterrupta de o mesmo exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, se tal incapacidade for decorrente de doença ou acidente pessoal coberto por este seguro e desde que ocorra no período de vigência da apólice, observadas ainda as demais Condições Contratuais.

1.1.1. A impossibilidade de exercer sua profissão ou ocupação deve ser comprovada por médico legalmente habilitado e a cobertura se materializa somente após ultrapassado o número de dias da franquia estabelecida na apólice.

1.2. O Contrato firmado indicará o número máximo de diárias estabelecido para a cobertura sob esta cláusula, cujo pagamento ficará a cargo da Seguradora.

2. Definições

Para efeito desta garantia, os termos constantes desta cláusula devem ser entendidos como:

2.1 Evento – a ocorrência de um dano involuntário à saúde do Segurado, em consequência de doença ou acidente pessoal coberto, de que resulte, por determinação médica, seu afastamento de suas atividades profissionais para tratamento médico.

2.2 Data do evento – a data do diagnóstico médico da doença no qual se solicita o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho para tratamento médico, ou a data do acidente que gerou a incapacidade temporária, conforme o caso.

2.3 Doença – qualquer perturbação física e corporal do Segurado, caracterizada como processo mórbido, que acarrete sua incapacidade temporária contínua e ininterrupta para o exercício da sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico ou ainda ao período máximo contratado na apólice (o que for menor), e que não se enquadre na caracterização de acidente pessoal.

2.4 Acidente: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a incapacidade temporária, contínua e ininterrupta do Segurado para o exercício de sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, ou ainda ao período máximo contratado na apólice, e que não se enquadre na caracterização de doença.

2.5 Franquia – é o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

3. Riscos Excluídos

Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 4ª das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura concedida sob esta garantia adicional:

- a) **gravidez, parto e suas conseqüências, exceto se decorrente de acidente coberto;**
- b) **anomalias congênitas;**
- c) **hérnia discal, exceto quando decorrente de tratamento cirúrgico e acidente coberto;**
- d) **cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;**
- e) **tratamento para obesidade ou estética em suas várias modalidades;**
- f) **procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- g) **infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);**
- h) **doenças mentais, quaisquer que sejam suas espécies e causas;**
- i) **abortos, aprovados ou não e suas conseqüências;**
- j) **tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo se em consequência de acidentes cobertos ocorridos durante a vigência da apólice; e**
- k) **cirurgia para esterilização.**

4. Carência

4.1 Será fixado para esta garantia um período de carência, para os eventos decorrentes de doença, de até 60 (sessenta) dias, contados a partir da inclusão do Segurado nesta garantia.

4.1.1 Durante o período de carência a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade em relação a esta garantia adicional.

4.1.2 Para os eventos decorrentes de acidentes não há carência.

4.2 O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado, no caso de contratação coletiva.

5. Franquia

5.1 A franquia é de 15 (quinze) dias ininterruptos, no máximo, contados a partir da data do afastamento da atividade profissional do Segurado, por determinação médica, período durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento.

5.1.1 O número de dias estabelecido como franquia constará do Contrato.

5.2 A partir do primeiro dia após o término do prazo acordado como franquia, os pagamentos de diárias serão devidos e ficam limitados por evento, até o prazo máximo determinado no Contrato.

6. Sinistros

Os documentos básicos para análise de acordo com a natureza do evento são:

- a) Formulário denominado “Aviso de Sinistro” fornecido pela YASUDA Seguros, preenchido, assinado e carimbado pelo Estipulante, preenchido e assinado pelo Beneficiário e no verso preenchido pelo médico assistente, com firma reconhecida da assinatura do médico;
- b) Declaração do Estipulante em papel timbrado, mencionando os dados do segurado e o tempo de afastamento do serviço;
- c) Cópia do Laudo de 1º Atendimento Médico Hospitalar;
- d) Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data e que comprovem a autonomia funcional do Segurado;
- e) Cópia do RG e CPF do Segurado;
- f) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação (no caso do acidente de trânsito, sendo o Segurado o motorista na ocasião do acidente);
- g) Cópia da anotação da Carteira de Trabalho;
- h) Cópia do Cartão de Exame Perícia Médica do INSS;
- i) Cópia do Atestado Médico;
- j) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, emitido por autoridade policial;
- k) Cópia da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho devidamente habilitado pelo médico (quando o caso exigir);
- l) Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do Segurado;
- m) Cópia do comprovante atualizado de endereço nominal ao Segurado, tais como: conta de telefone fixo, água, luz, etc;
- n) Cópia do holerite do Segurado Principal do mês do afastamento, quando o capital for múltiplo de salário;
- o) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

7. Capital Segurado

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta garantia, a data do evento, conforme definição constante no subitem 2.2 desta cláusula.

8. Âmbito Territorial da Cobertura

O âmbito territorial da cobertura para a garantia prevista nesta garantia adicional é o território brasileiro.

9. Condições para a concessão da cobertura

9.1 O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, ao abrigo desta garantia, só poderá ser efetuada desde que atendidos, de forma cumulativa, os seguintes requisitos:

- a) a data do evento gerador da incapacidade temporária deverá estar compreendida no período de cobertura desta garantia;
- b) a data do evento gerador da incapacidade temporária deverá ter-se verificado após decorrido, em sua integridade, o período de carência estabelecido.
- c) a primeira diária somente será paga após decorrido o período de franquia e apenas na hipótese de o Segurado ainda se encontrar incapacitado em decorrência do mesmo evento;
- d) o pagamento da indenização será feito enquanto o Segurado permanecer incapacitado e limitar-se-á, em qualquer caso, à quantidade de diárias seguradas, independente do número de eventos;
- e) enquanto o Segurado estiver recebendo indenização, não fará jus a qualquer outra indenização, ao abrigo desta garantia, mesmo que decorrente de um outro evento.

10. Ratificação

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não tenham sido alteradas por esta garantia adicional.

Nº 10 - COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO

1. Risco Coberto

1.1. Mediante a inclusão desta garantia adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante o pagamento de uma soma em dinheiro, em razão de nascimento de filho do Segurado Principal que seja portador de doença congênita, observadas as disposições desta cobertura e as demais Condições Contratuais.

1.2 Caracterizam-se como doença congênita, para fins desta garantia, defeitos anatômicos macroscópicos observados ao nascimento e que necessitem de acompanhamento médico com realização de tratamentos especializados.

1.3 Estão cobertas as seguintes doenças:

- a) Malformação do sistema nervoso: central e periférico;
- b) Malformação do coração (exceto comunicação intra-atrial isolada) e de grandes vasos;
- c) Malformação da traqueia e dos pulmões;
- d) Malformação dos rins;
- e) Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;
- f) Malformação dos membros superiores e inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;
- g) Malformação dos órgãos dos sentidos; e
- h) Anomalias cromossômicas (Síndrome de Down e Síndrome de Tumer)

1.4 O pagamento de qualquer indenização em decorrência da contratação desta garantia será efetuado se a data de nascimento do filho ocorrer no período em que esta cobertura esteja em vigor.

2. Comprovação

2.1 O Segurado deverá apresentar à Seguradora uma declaração médica atestando que o filho não poderá exercer atividades profissionais em condições de igualdade com pessoas hígdas, em decorrência de doença congênita, indicando a doença de que é portador.

2.1.1 A Seguradora poderá solicitar exames laboratoriais e especializados, e laudos periciais que comprovem a doença ou outros documentos necessários à caracterização da cobertura,

2.1.2 Em não havendo a caracterização da doença com os documentos solicitados, poderá a Seguradora requerer uma perícia médica.

2.1.3 A solicitação de documentos ou outras providências tomadas pela Seguradora não caracterizam, por si só, a obrigatoriedade de pagamento da indenização.

2.1.4 Uma vez reconhecida a doença congênita, a indenização será paga de uma só vez ao Segurado Principal, no valor do Capital Segurado definido no Contrato para esta garantia adicional.

2.2 As despesas efetuadas com a comprovação da doença congênita de filho correrão por conta do Segurado, exceto as realizadas pela Seguradora, a quem serão facultadas as medidas necessárias à elucidação do ocorrido e enquadramento da cobertura.

3. Capital Segurado

Para efeito de determinação do Capital Segurado relativo a esta cobertura, considera-se como data do evento a data do nascimento do filho portador da doença congênita.

4. Sinistros

Os documentos básicos para análise de acordo com a natureza do evento são:

- a) Formulário denominado "Aviso de Sinistro" fornecido pela YASUDA Seguros, preenchido, assinado e carimbado pelo Estipulante, preenchido e assinado pelo Segurado Principal e no verso preenchido pelo médico assistente, com firma reconhecida da assinatura do médico;
- b) Relatório médico assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a data do diagnóstico, tratamentos instituídos e evolução da doença;
- c) Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até data de apresentação dos documentos.
- d) Cópia do RG e CPF do Segurado Principal;
- e) Cópia da Certidão de Nascimento do filho do Segurado;
- f) Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do Segurado Principal;
- g) Cópia de comprovante atualizado de endereço nominal ao Segurado Principal, tais como: conta de telefone fixo, água, luz, etc;
- h) Cópia do holerite do Segurado Principal na data do nascimento do filho, quando o capital for múltiplo de salário;
- i) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

5. Ratificação

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas por esta garantia adicional.

Nº 11 COBERTURA ADICIONAL DE RESCISÃO TRABALHISTA**1. Risco Coberto**

Mediante a inclusão desta garantia adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante ao Estipulante o pagamento do valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, a título de verba rescisória, caso o Segurado Principal venha a falecer, desde que devidamente coberta pelo seguro, observadas as Condições Contratuais.

2. Carência

2.1 Poderá ser estipulado, no Contrato, um prazo de carência para esta cobertura de, no máximo, 6 (seis) meses.

2.1.1 Não haverá carência para morte acidental.

2.2 O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo Certificado Individual.

3. Capital Segurado

Para efeito de determinação do Capital Segurado relativo a esta cobertura, considera-se como data do evento a data do falecimento do Segurado.

4. Sinistros

Os documentos básicos para análise, de acordo com a natureza do evento, são:

- a) Formulário denominado "Aviso de Sinistro" fornecido pela YASUDA Seguros, preenchido, assinado e carimbado pelo Estipulante;
- b) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado Principal;
- c) Cópia do RG e CPF do Segurado Principal;
- d) Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do Segurado;
- e) Cópia do Cartão CNPJ do Estipulante/Beneficiário;
- f) Cópia do comprovante atualizado de endereço nominal ao(s) estipulante, tais como: conta de telefone fixo (somente cabeçalho), água, luz, gás, IPVA, IPTU;
- g) Cópia do Contrato Social (caso não seja sociedade por ações ou entidade sem fim lucrativo) e última alteração do estipulante;
- h) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

5. Beneficiário



O beneficiário desta cobertura será sempre o Estipulante.

6. Custeio

6.1 Para esta cobertura adicional o custeio deverá ser não contributivo, quando os Segurados não pagam prêmios.

7. Ratificação

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não tenham sido alteradas por esta garantia adicional.

Nº 12 - COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. Definições

- 1.1 **Agravo Mórbito:** piora de uma doença
- 1.2 **Alienação Mental:** distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais, e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
- 1.3 **Aparelho Locomotor:** Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 1.4 **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.
- 1.5 **Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 1.6 **Ato Médico:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 1.7 **Cardiopatia Grave:** Doença do Coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".
- 1.8 **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 1.9 **Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- 1.10 **Consumpção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 1.11 **Dados Antropométricos:** No caso da garantia de Invalidez Funcional e Permanente Total por Doença, o peso e altura do Segurado.
- 1.12 **Deambular:** Ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.
- 1.13 **Declaração Médica:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 1.14 **Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 1.15 **Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 1.16 **Doença Crônica :** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 1.17 **Doença Crônica em Atividade:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 1.18 **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 1.19 **Doença em Estágio Terminal:** Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado

definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

1.20 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.

1.21 Doença Profissional: Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional consciente e normal do Segurado com o meio externo.

1.23 Etiologia: Causa de cada doença.

1.24 Fatores de Risco e Morbidade: Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

1.25 Hígido: Saudável.

1.26 Médico Assistente: Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

1.27 Prognóstico: Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

1.28 Quadro Clínico: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

1.29 Recidiva: Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

1.30 Refratariedade: Terapêutica: Incapacidade de o organismo humano responder positivamente ao tratamento instituído.

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

1.32 Sentido de Orientação: Faculdade de o indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

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

1.34 Transferência Corporal: Capacidade de o Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

2. Objetivo do seguro

2.1. Mediante a inclusão desta garantia adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante o pagamento de uma indenização ao Segurado, representada pela antecipação do Capital Segurado da garantia básica de morte, em caso de sua invalidez funcional total, conseqüente de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados nesta garantia adicional, e observadas as demais disposições das Condições Contratuais.

2.1.1 A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado; este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item "Sinistros", abaixo.



2.1.1.1 Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para fins desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

2.1.2 Entende-se como pleno exercício das relações autonômicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas relacionadas em pelo menos uma das alíneas abaixo, de forma total, permanente e inequivocamente independente de qualquer ajuda:

- a) levantar-se, deitar-se, deambular, higienizar-se e ser capaz de se alimentar sem ajuda de terceiros ou dispositivos/aparelhos/máquinas;
- b) manter suas funções vitais (nutrição, respiração, circulação e excreção) sem ajuda de dispositivos ou aparelhos/máquinas extracorpóreas de substituição funcional (p. ex.: sonda enteral, respirador artificial, diálise peritonial mantida indefinidamente, hemodiálise, colostomia definitiva);
- c) ter capacidade mental para gerir seus próprios negócios e bens, sem ajuda de terceiros.

3. Riscos Cobertos

3.1 Considera-se como risco coberto 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 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°.
 - 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.

3.2 Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (tabelas abaixo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.3 O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

3.3.1 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.

3.3.2 Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

3.3.3 Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

3.3.4 O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

3.3.4.1 Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

3.4 Os dois documentos citados acima constam anexos ao texto desta garantia adicional.

4. Riscos Excluídos

4.1 Além dos riscos mencionados na Cláusula 4ª das Condições Gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em

quadro clínico incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) a perda, a 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;
- b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo sequelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional, nos casos de grupos de trabalhadores sujeitos a doenças ocupacionais/profissionais claramente identificadas;
- c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por um traumatismo.

4.2 Não são reconhecidos, para efeito de caracterização da invalidez funcional permanente e total por doença:

4.2.1 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas.

4.2.1.1 Na hipótese acima, a aposentadoria, por si só, não caracteriza quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por doença.

4.2.2 A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.

5. Despesas de Comprovação

5.1 As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez funcional permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

5.1.1 As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

6. Forma de Pagamento do Capital Segurado

6.1 Reconhecida pela Seguradora a invalidez funcional permanente e total por doença, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único.

7. Cancelamento do Seguro

7.1 Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de invalidez funcional permanente e total por doença uma antecipação da cobertura básica (morte), **seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o seguro individual.**

7.1.1 Nesta hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

7.2 Não ficando comprovada a invalidez funcional permanente e total por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as Condições Contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.

8. Carência

8.1 Poderá ser estipulado, no Contrato, um prazo de carência para esta cobertura de, no máximo 6 (seis) meses.

8.2 No caso de transferência do Grupo Segurado de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.

8.3 O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado, no caso de contratação coletiva.

9. Sinistros

Os documentos básicos para análise, de acordo com a natureza do evento, são:

- a) Formulário denominado "Aviso de Sinistro" fornecido pela YASUDA Seguros, preenchido, assinado e carimbado pelo Estipulante, preenchido e assinado pelo Beneficiário e no verso preenchido pelo médico assistente, com firma reconhecida da assinatura do médico;
- b) Relatório médico assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, data do diagnóstico da doença, os tratamentos realizados e sua evolução, detalhando o quadro clínico do segurado, se está totalmente inválido, se teve perda de sua existência independente e se o mesmo tem condições de responder pelos atos da vida civil;
- c) Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a data de apresentação da documentação à Seguradora;
- d) Cópia do RG e CPF do Segurado;
- e) Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do Segurado;
- f) Cópia de comprovante atualizado de endereço nominal ao Segurado, tais como: conta de telefone fixo, água, luz, etc;
- g) Cópia do holerite do Segurado da data da caracterização da invalidez funcional, quando o capital for múltiplo de salário;

h) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que for necessário para o esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.

10. Capital Segurado

10.1 Para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data em que a invalidez ficou caracterizada por intermédio de declaração médica idônea aceita pela Seguradora.

11. Início e término de vigência da garantia

11.1 A vigência da garantia concedida por esta cláusula inicia-se com a da garantia básica.

11.1.1 Faculta-se a inclusão da garantia adicional em data posterior, mediante aditivo, quando então iniciar-se-á a vigência da garantia sob esta garantia adicional, de acordo com o estabelecido no Contrato.

11.2 Além das demais hipóteses previstas nas Condições Contratuais, a garantia do risco a que se refere esta cláusula termina:

- a) quando o Segurado for excluído da apólice;
- b) com o cancelamento da apólice ou da presente garantia adicional;
- c) com o pagamento da indenização sob esta garantia;
- d) com a morte do Segurado.

11.3 O pagamento de indenização por invalidez funcional permanente e total por doença implica o cancelamento automático de todas as demais garantias contratadas para o seguro.

12. Ratificação

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas por esta garantia adicional.



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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI A RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO 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 INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	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.	20



ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONDICÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p>1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS</p>	00
	<p>2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E/OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADA(S) 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: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20



ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONECTIVIDA DE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AOBANHEIRO; 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: 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: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20



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 HOUE 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 SOBREVIVÊNCIA E OU REFRAATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

Nº 13 - COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. Risco Coberto

1.1. Mediante a inclusão desta garantia adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta garantia, em caso de sua invalidez laborativa total e permanente por doença, se devidamente caracterizada na cobertura do seguro, observadas as demais disposições desta cláusula, e das Condições Contratuais.

1.2 Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.

1.2.1 Atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a sua invalidez.

1.3 Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta garantia, os Segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

1.4 A invalidez laborativa por doença deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade.

1.4.1 A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena da perda de seu direito à cobertura sob esta cláusula, caso haja recusa ao exame.

1.5 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta garantia.

1.6 Não podem figurar como Segurados, para a garantia de invalidez laborativa permanente total por doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.

1.7 Uma vez pago o capital segurado relativo a esta cobertura, a garantia de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença será excluída do seguro, bem como a garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, caso esta também tenha sido contratada, emitindo-se novo certificado de seguro e deduzindo-se o valor do prêmio correspondente do prêmio total.

2. Capital Segurado

Para efeito de determinação do capital segurado relativo a esta cobertura considera-se como data do evento a data em que ficou caracterizada a invalidez, por declaração médica idônea reconhecida pela Seguradora.

3. Sinistros

Os documentos básicos para análise de acordo com a natureza do evento são:

- a) Formulário denominado “Aviso de Sinistro” fornecido pela YASUDA Seguros, preenchido, assinado e carimbado pelo Estipulante, preenchido e assinado pelo Beneficiário e no verso preenchido pelo médico assistente, com firma reconhecida da assinatura do médico;
- b) Relatório médico assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, a data do diagnóstico, evolução da doença, tratamentos instituídos e se a doença está diretamente relacionada à atividade laborativa;
- c) Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a data de apresentação dos documentos;
- d) Cópia da aposentadoria do INSS;
- e) Cópia do RG e CPF do Segurado;
- f) Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do Segurado;
- g) Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal ao Segurado, tais como: conta de telefone fixo, água, luz, etc;
- h) Cópia do holerite do Segurado da data da constatação da incapacidade permanente, quando o capital for múltiplo de salário;
- i) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

4. Ratificação

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas por esta garantia adicional.