

SEGURO DE PESSOAS - FUNCIONÁRIOS DE CONDOMÍNIOS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.000820/2006-19

I - DEFINIÇÕES

1. DAS TERMINOLOGIAS DO SEGURO

Acidente Pessoal

Para os fins deste seguro, é o evento com data caracterizada, posterior à contratação do seguro, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do segurado ou torne necessário tratamento médico.

Agravamento de Risco

É toda e qualquer ação ou omissão praticada pelo segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance da ocorrência do Sinistro.

Apólice de Seguro

É o contrato de seguro, firmado entre o estipulante e a MARÍTIMA SEGUROS, formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s), com base nas informações fornecidas na Proposta de Contratação, sendo composto pelas respectivas Condições Gerais e Especiais do Seguro, que fixam os direitos e obrigações do segurado, da seguradora e do(s) beneficiário(s).

Atividade Profissional

É a ocupação profissional declarada pelo segurado, reconhecida legalmente, da qual ele auferir seu rendimento e provém seu sustento.

Atividade Laborativa Principal

É aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual.

Aviso de Sinistro

É o documento fornecido ao Corretor de Seguros para ser entregue ao segurado ou beneficiário para o devido preenchimento, devolvendo com os documentos básicos solicitados nas Condições Gerais e Especiais, quando da ocorrência de um evento.

Beneficiário(s)

É(são) a(as) pessoa(s) designada(s) pelo segurado titular para receber o valor do capital segurado na ocorrência da sua morte, ou ele próprio para as demais coberturas contratadas na apólice.

Capital Segurado

É a importância máxima estabelecida para cada cobertura, a ser paga pela MARÍTIMA SEGUROS em caso de ocorrência de evento coberto por este seguro. O valor do capital segurado será pactuado na Proposta de Contratação e Adesão do Seguro.

Carência

É o período durante o qual a seguradora está isenta de qualquer responsabilidade indenizatória, ainda que se verifique a existência de sinistro passível de cobertura.

Certificado Individual do Seguro

É o documento destinado ao segurado, emitido pela MARÍTIMA SEGUROS quando da aceitação, renovação, alteração de valores do capital segurado ou prêmio do seguro.

Coberturas São as diversas garantias passíveis de contratação disponibilizadas pela MARÍTIMA SEGUROS, definidas nas Condições Especiais. As coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente da Apólice de Seguro.

Condições Contratuais

É o conjunto de disposições que regem a contratação incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

Condições Especiais

É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de coberturas que podem ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Condições Gerais

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro estabelecendo obrigações e direitos da MARÍTIMA SEGUROS, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

Contrato de Seguro

É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a MARÍTIMA SEGUROS, que estabelece as peculiaridades da contratação de seguro e fixam os direitos e obrigações da seguradora, do estipulante, do segurado e do(s) beneficiário(s).

Corretor de Seguros

É o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas. O estipulante e/ou segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), nome completo, CNPJ ou CPF.

Data de Exigibilidade

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

Declaração Médica

É o 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.

Declaração Pessoal de Saúde

É o documento formal e legal incluso na Proposta de Adesão em que o proponente ou segurado presta informações sobre as suas condições de saúde, assinando e responsabilizando-se pela veracidade e detalhamento das informações prestadas na data da assinatura da Proposta de Adesão.

Doenças ou Lesões Preexistentes

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e qualquer alteração evidente do seu estado de saúde e que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro e que poderá ser identificada pela MARÍTIMA SEGUROS por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

Endosso

É o documento expedido pela MARITIMA SEGUROS, a pedido do estipulante e/ou segurado, durante a vigência da Apólice, por meio do qual a seguradora aceita a alteração de dados, modificação de condições, coberturas ou beneficiários.

Estipulante

É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do plano coletivo, ficando investida dos poderes de representação dos segurados perante a MARÍTIMA SEGUROS, nos termos da legislação e regulamentação em vigor cujos atos constitutivos admitem a estipulação e a administração de seguros, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar total ou parcialmente do custeio do seguro, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

Evento

É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante a sua vigência e não excluído nas Condições Gerais ou Especiais do Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à seguradora em favor do segurado ou de seu(s) beneficiário(s).

Franquia

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

Marítima

seguros

Grupo Segurável

É o conjunto de pessoas, homogêneo em relação a uma ou mais características, que mantêm característica de responsabilidade de pagamento de dívida ou compromisso financeiro contraído junto ao estipulante.

Grupo segurado

É o conjunto dos componentes do grupo segurável que foram aceitos e incluídos no seguro.

Limite de Retenção

É o valor básico de retenção que a MARITIMA SEGUROS deve adotar em cada ramo de seguro ou modalidade que operar, fixado pela ciência atuarial.

Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nesses casos nenhuma indenização por parte da MARITIMA SEGUROS.

Natimorto

É a criança que nasce morta.

Nota Técnica Atuarial

É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolado na SUSEP previamente à comercialização.

Período de cobertura

É o período durante o qual o segurado ou beneficiário(s), quando for o caso, fará(ao) jus ao capital contratado.

Prêmio do Seguro

É o valor pago à MARITIMA SEGUROS em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

Processo SUSEP

É o registro deste plano na SUSEP, porém não implica por parte da Autarquia incentivo ou recomendação à sua comercialização.

Proponente

É a pessoa física ou jurídica, que convencionou pagar prestações ao estipulante para amortizar uma dívida contraída ou para atender compromissos financeiros assumidos, interessada em contratar a(s) cobertura(s), através do preenchimento da Proposta de Adesão, e que passará à condição de segurado somente após a sua aceitação pela MARÍTIMA SEGUROS e com o devido pagamento do prêmio correspondente.

Proposta de Adesão

É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física vinculada ao estipulante, expressa a intenção de contratar cobertura(s), manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais e Especiais da Apólice.

Proposta de Contratação

É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco em que o estipulante, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar cobertura(s) direcionadas às pessoas a ele vinculadas, manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais e Especiais da Apólice.

Regime Financeiro de Repartição Simples

É aquele através do qual repartem-se ou dividem-se 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.

Regulação de Sinistro

É o processo interno da seguradora para constatação de um evento coberto pela Apólice.

Renovação

É o restabelecimento ou a continuidade da cobertura de um seguro, geralmente por meio da emissão de nova apólice, nas mesmas condições que vigoravam anteriormente ou sob novas condições, neste último caso sempre que tenha havido alterações no objeto do seguro, no interesse segurado ou nas bases tarifárias do seguro.

Marítima

seguros

Riscos Excluídos

São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pela Apólice de seguro.

Seguradora

É a MARÍTIMA SEGUROS S.A., sociedade seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que garante os riscos cobertos pela Apólice, mediante recebimento do respectivo prêmio.

Segurado

É a pessoa física ou jurídica que convencionou pagar prestações ao estipulante para amortizar dívida contraída ou para atender a compromissos financeiros assumidos, regularmente aceita e incluída no Seguro.

Sinistro

É a ocorrência de risco coberto durante o período de vigência do Contrato de Seguro.

Vigência

É o período de tempo que determina a data de início e de término do Contrato de Seguro.

2. DAS TERMINOLOGIAS DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS

Agravo Mórbido

Piora de uma doença.

Alienação Mental

É o 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 incapacitado para a vida civil.

Aparelho Locomotor

É o conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

Atividade Laborativa

É qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

Auxílio

É a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

Ato Médico

É o procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

Cardiopatia Grave

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

Cognição

É o conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

Conectividade com a Vida

É a capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

Consumção

É o definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Dados Antropométricos

No caso da cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, é o peso e a altura do segurado.

Deambular

É o ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

Deficiência Visual

É qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

Disfunção imunológica

É a incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

Doença Crônica

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

Doença Crônica em Atividade

É a doença crônica que se mantém ativa apesar de tratamento.

Doença Crônica de Caráter Progressivo

É a doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

Doença em Estágio Terminal

É a doença 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.

Doença Neoplásica Maligna Ativa

É o crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

Doença Profissional

É aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

Estados Conexos

É o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.

Etiologia

É a causa de cada doença.

Fatores de Risco e Morbidade

É aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interage.

Hígido

Saudável.

Prognóstico

É o juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

Quadro Clínico

É o conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

Recidiva

É o reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

Refratariedade Terapêutica

É a incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

Relações Existenciais

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

Sentido de Orientação

É a faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

Seqüela

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

Transferência Corporal

É a capacidade do segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

I. CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir, de acordo com a(s) cobertura(s) contratada(s), indicada(s) na Proposta, o pagamento do capital segurado individual ao próprio segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), em função da ocorrência de evento coberto, durante o período de vigência da Apólice e desde que tenha havido o pagamento tempestivo do prêmio correspondente, respeitado o disposto nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas disposições legais aplicáveis.

1.2. Desde que contratado prevendo as coberturas e condições necessárias, este seguro tem por objetivo atender as Convenções Coletivas de Trabalho dos Empregados em Edifícios e Condomínios, Residenciais, Comerciais e Similares, Zeladores, Porteiros, Cabineiros, Vigias, Faxineiros, Serventes e Outros, sendo que o custo deste seguro é totalmente pago pelo estipulante, ou seja, os segurados não contribuem com nenhuma parte no respectivo prêmio.

2. COBERTURAS

2.1. As coberturas passíveis de contratação para este seguro são as abaixo mencionadas, respeitadas as conjugações disponibilizadas pela seguradora e os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais:

- a) cobertura de Morte
- b) cobertura de Morte Acidental
- c) cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
- d) cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente
- e) cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença
- f) cobertura de Morte com pagamento antecipado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença
- g) cobertura adicional com pagamento complementar de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença
- h) cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente
- i) cobertura de Diárias por Incapacidade
- j) condição Especial para Inclusão Automática Cônjuge
- k) condição Especial para Inclusão Automática Filho(s)

2.2. Para caracterização deste plano como Seguro de Vida, deverá ser contratada obrigatoriamente a cobertura de Morte.

3. ÂMBITO DE COBERTURA

3.1. O âmbito geográfico das coberturas será em todo Globo Terrestre, salvo disposição em contrário discriminada nas Condições Especiais, Contratuais ou na especificação da respectiva Apólice.

3.2. Quando for o caso, eventuais encargos de tradução, referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora, o qual deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecida, atualizado monetariamente nos termos da legislação.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência:

a) direta ou indireta, resultantes de, ou para os quais tenham contribuído radiações ionizantes de contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, ou de resíduo nuclear, resultante de combustão de material nuclear, bem como os direta ou indiretamente causados por armas nucleares, ficando ainda entendido que, para fins desta exclusão, a palavra combustão abrangerá qualquer processo auto sustentador de fusão nuclear;

b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, rebelião, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes, greves, tumultos, motins, "lock-out", exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio a outrem;

c) de morte do segurado provocada por epidemia declarada pela autoridade competente;

d) de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir do início da vigência individual do seguro ;

d.1) 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;

e) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

f) de tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) direta ou indiretamente de ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com toda documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independentemente do seu propósito, e desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;

h) da prática de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante, de um ou de outro, ou qualquer interessado no recebimento do capital segurado;

h1) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes;

i) de acidentes ocorridos durante a participação do segurado em apostas ou rachas, exceto na prática de esportes e nos casos onde o mesmo tenha comunicado à seguradora e esta tenha expressamente aceito o risco;

j) de acidentes ocorridos onde o segurado, na condição de condutor do veículo ou equipamento que requeira aptidão, mas que ele não possua habilitação legal para tanto.

4.2. Tendo em vista que este Contrato garante o pagamento de um capital pré-determinado em virtude da ocorrência de sinistros cobertos, de acordo com as coberturas contratadas, nenhuma indenização será devida seja a que título for diferente das previstas, ainda que decorrentes de eventos cobertos. Não estão garantidas indenizações para danos morais, danos estéticos, lucros cessantes, interrupção de renda, pensionamento, perdas e danos, entre outras.

5. CAPITAL SEGURADO GLOBAL

5.1. É o valor total especificado na Proposta pelo estipulante, antes do início da vigência do seguro, para garantir os valores das coberturas contratadas para todo grupo segurado (funcionários legalmente registrados ou contratados junto a empresas especializadas), podendo sofrer alterações, a pedido do estipulante, para atender às necessidades de capital segurado decorrentes da variação do número de vidas em decorrência de inclusões e exclusões de segurados, durante a vigência da apólice, observadas as normas destas Condições Gerais.

5.2. O capital segurado global de cada cobertura e para cada categoria funcional contratada, caso seja indicada tal diferenciação, será estabelecido nas Condições Contratuais.

5.3. O capital segurado global e prêmio serão atualizados conforme **ITEM 15** (Atualização Monetária do capital segurado global e individual).

6. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O capital segurado individual será uniforme, resultante da divisão do capital segurado global, pelo total de empregados incluídos no seguro existentes na Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações a Previdência Social (GFIP) do mês imediatamente anterior ao mês do evento coberto.

7. GRUPO SEGURÁVEL

Serão considerados seguráveis na condição de:

a) Segurados Principais: aquelas pessoas que mantêm vínculo empregatício com o estipulante ou pessoas contratadas junto a empresas especializadas que prestem serviços ao estipulante, **com exclusividade**, devidamente comprovada, através do envio do contrato de Prestação de Serviços ao estipulante.

b) Segurados Dependentes: os cônjuges/companheiras(os), filhos e enteados considerados dependentes do segurado principal pela legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social.

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

7.2. Entende-se como "Grupo Segurável de Funcionários e/ou Contratados" as pessoas com vínculo concreto com o Estipulante pelo contrato de trabalho, independente da função ou cargo que exercem, ou através de contrato devidamente comprovado da prestação exclusiva de serviço.

8. GRUPO SEGURADO

É o conjunto dos componentes do Grupo Segurável, desde que aceitos e incluídos na Apólice cuja(s) cobertura(s) contratada(s) esteja(m) em vigor, observando-se as situações prevista nos **itens 11** (Inclusão de Segurados) e **12** (Condição para Aceitação Individual de Segurados) destas Condições Gerais.

9. ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

9.1. Recebida a Proposta assinada pelo estipulante e pelo corretor de seguros, será emitida a Apólice, caso venha a ser aceita pela seguradora, com as respectivas Condições Gerais e Especiais, sendo a inclusão dos Proponentes feita por meio da Guia de Recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações a Previdência Social (GFIP), com todos seus anexos, impressa ou em mídia magnética, para o Grupo de Funcionários.

9.2. A seguradora fornecerá ao estipulante o protocolo que identifique a proposta por ela recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento, e procederá a análise de aceitação ou recusa do seguro.

9.3. Para formalizar a alteração do capital segurado global mencionada no **subitem 5.1**, o estipulante deverá informar as alterações no grupo segurado por intermédio da Guia de Recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações à Previdência Social (GFIP), com todos seus anexos, impressa ou em mídia magnética ou, ainda, solicitar alterações no Capital Global Segurado que seguirá todos os critérios estabelecidos de aceitação.

9.4. No caso de recusa da Proposta, a seguradora, no prazo de 15 (quinze) dias, deverá comunicar por escrito ao estipulante, informando que:

- a) caso tenha havido adiantamento de valores à seguradora, eles serão restituídos ao estipulante no prazo máximo de 10(dez) dias corridos a partir do momento da formalização da recusa;
- b) o valor devido será atualizado monetariamente pelo índice definido nestas Condições Gerais, a contar da data do pagamento até a data efetiva da restituição, de acordo com a legislação em vigor.

9.5. O estipulante tem como obrigação durante a vigência da Apólice:

- a) fornecer para a seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) fornecer ao segurado sempre que solicitado qualquer informação relativa ao contrato de seguro;
- c) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice quando for diretamente responsável pela sua administração;
- d) discriminar o nome da seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- e) comunicar de imediato à seguradora tão logo tome conhecimento a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- f) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para regulação e liquidação de sinistros;
- g) comunicar de imediato à SUSEP qualquer procedimento que considerar irregular quanto ao seguro contratado;
- h) fornecer para a SUSEP qualquer informação solicitada dentro do prazo por ela especificado; e
- i) informar o nome da seguradora bem como o percentual de participação no risco no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do próprio estipulante.
- j) Cabe, ainda, ao estipulante, o pagamento em dia dos prêmios, o fornecimento da documentação

relacionada no item 21 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) e informar a seguradora sobre a quantidade de vidas para determinação do capital segurado global e individual do grupo segurado.

9.6. Com exceção da informação sobre o grupo segurado, qualquer alteração no contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo estipulante ou seu representante legal, ressalvada a questão de alteração de beneficiários, que somente poderá ser efetuada mediante autorização por escrito do segurado.

9.6.1. Qualquer alteração que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de 75% (setenta e cinco por cento) do grupo segurado.

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

9.8. Para todos os efeitos de direito, existe a presunção de que a seguradora somente tenha conhecimento das circunstâncias que o estipulante declara na Proposta.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

10.1. A vigência da Apólice será anual, sendo este período definido na Proposta.

10.2. O seguro terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da(s) data(s) definida(s) na Apólice, inclusive nos endossos correspondentes.

10.3. A seguradora providenciará a emissão da Apólice ou do endosso no prazo de 15 (quinze) dias úteis, a partir da data da aceitação da proposta.

10.4. A Proposta recepcionada sem adiantamento de prêmio terá o seu início de vigência de cobertura na data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada na Apólice.

10.5. A Proposta recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento do prêmio, desde que devidamente efetivado, terá seu início de vigência na data em que a seguradora receber a proposta assinada pelo estipulante.

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

10.7. Na renovação da Apólice deverá ser observado o seguinte:

10.7.1. A Apólice poderá ser renovada automaticamente uma única vez pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas no **item 24** (Cancelamento do Seguro) destas Condições Gerais.

10.7.1.1. A renovação automática a que se refere este item não se aplicará quando a seguradora comunicar desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.

10.7.2. Feita uma renovação automática, as renovações seguintes poderão ter anuência expressa apenas do estipulante, desde que não impliquem em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução dos seus direitos.

10.7.3. Para a proposta de renovação aplicam-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados no item 9 (Aceitação e Manutenção do Seguro) destas Condições Gerais.

10.7.4. Na renovação, o estipulante deverá fornecer à seguradora a Guia de Recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações a Previdência Social (GFIP), com todos seus anexos, referente ao mês de vigência da renovação.

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

11. INCLUSÃO DE SEGURADOS

11.1. Serão incluídos no seguro somente os segurados principais e seus dependentes, conforme Proposta anexada de GFIP do mês que anteceder o início do risco.

12. CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO INDIVIDUAL DE SEGURADOS

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

a) em plena atividade profissional; e,

b) tenham idade dentro dos limites estabelecidos nas Condições Contratuais da Apólice na data do início da vigência individual do Seguro.

12.2. Cabe ao estipulante informar à seguradora os nomes dos segurados portadores de deficiência ressaltando o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação da responsabilidade da seguradora.

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

12.4. Para os segurados admitidos no início do seguro e posteriormente afastados para tratamento de saúde em decorrência de doença, deverá haver o recolhimento dos prêmios normalmente à seguradora.

12.4.1. É vedada ao segurado afastado toda e qualquer alteração de capital decorrente de aumento por promoção durante todo o período de seu afastamento.

13. INÍCIO DA GARANTIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO

13.1. O início de vigência do risco individual, desde que aceita a Proposta, será às 24 (vinte e quatro) horas da data especificada na Apólice.

14. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

14.1. Cabe ao segurado, **exclusivamente**, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) beneficiário(s), mediante manifestação por escrito à seguradora, ressalvadas as restrições legais. Não sendo instituído beneficiário, valerá o disposto na legislação em vigor.

14.2. É válida a instituição de companheiro(a) como beneficiário(a) se, ao tempo do Contrato, o segurado era solteiro, separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

14.3. A substituição do(s) beneficiário(s) só poderá ser efetuada se o segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação.

14.4. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de beneficiário(s) feita pelo segurado, desde que recebida pela seguradora antes do pagamento da indenização a quem de direito. Será válido o pagamento feito pela seguradora se realizado antes de receber a comunicação da alteração de beneficiário. A seguradora que não for cientificada oportunamente da substituição de beneficiário(s) desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

14.5. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado e do beneficiário(s), a indenização referente à cobertura contratada deverá ser paga aos herdeiros legais do segurado.

15. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO GLOBAL E INDIVIDUAL

15.1. Caso o seguro seja renovado por mais de um ano, o capital segurado global e, por consequência, o respectivo prêmio e o capital segurado individual, serão atualizados monetariamente a cada aniversário da Apólice, para todos os segurados do grupo segurado, com base na variação dos salários ou, ainda, com base na variação acumulada do índice indicado no **subitem 15.2.**, durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao da atualização anual, de acordo com o determinado nas Condições Contratuais.

15.2. Para efeito de atualização monetária poderá ser utilizado o Índice de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo - IPC/ FIPE.

15.2.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA / IBGE ou índice que vier a substituí-lo.

15.2.2. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, o capital segurado global e o individual deverão ser atualizados até a data da ocorrência do evento gerador.

16. CUSTEIO DO SEGURO

16.1. Para fins deste seguro e de acordo com a Proposta, este seguro é **Não Contributário**, ou seja, os segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento totalmente sobre o estipulante. Neste tipo de seguro, todos os componentes do Grupo Segurável serão incluídos na Apólice, excetuando-se apenas as pessoas não aceitas no seguro ou impedidas de serem seguradas.

16.2. O estipulante sempre será responsável pelo pagamento dos prêmios devidos.

17. CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO

O critério da taxa do prêmio de seguro será por Taxa Média:

17.1. **Taxa Média:** ou taxa única, é determinada de acordo com equacionamento técnico do plano para todos segurados e será o quociente entre a soma total do prêmio tarifário pela soma do capital global contratado.

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

18. PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO

18.1. O prêmio será o produto da taxa média calculada quando da contratação do seguro, pelo capital de cada cobertura contratada, sendo o prêmio total a somatória dos prêmios.

18.2. A seguradora poderá, anualmente, no aniversário da Apólice ou com a periodicidade definida nas Condições Contratuais, recalculer a taxa e alterar o faturamento dos prêmios se a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, ou seja, o volume de sinistros pagos e avisados superar o de prêmios arrecadados.

18.3. O aumento na taxa final deverá ser realizado por endosso ou aditivo ao contrato com concordância expressa e escrita do estipulante.

19. PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

- a)** nome do estipulante;
- b)** valor do prêmio;
- c)** data de emissão;
- d)** número da Apólice;
- e)** data limite para o pagamento.

19.1.1. A seguradora encaminhará o documento a que se refere o **subitem 19.1.** diretamente ao estipulante ou seu representante legal ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

19.2. O prêmio poderá ser mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual conforme opção do estipulante formalizada na Proposta de Contratação.

19.3. Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada ficará a seguradora obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.

19.4. O pagamento do prêmio será feito à seguradora através da rede bancária, débito em conta corrente ou outras formas admitidas em lei.

19.4.1. Quando o pagamento for efetuado através da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o **subitem 19.1.**, deverá constar do documento de cobrança, se for o caso, a indicação de que o prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.

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

19.6. A seguradora providenciará aviso alertando a inadimplência no prazo máximo de 10 (dez) dias contados da primeira parcela não paga.

19.7. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

19.8. O(s) prêmio(s) do seguro pago(s) em atraso terá(ao) seu(s) valor(es) atualizado(s) monetariamente até a data do efetivo pagamento pelo índice indicado no **subitem 15.2.** destas Condições Gerais.

19.8.1. Sem prejuízo do item anterior, incidirá(ão) ainda sobre o(s) Prêmio(s) de Seguro referente(s) ao período em atraso, juros moratórios de 12% (doze por cento) ao ano, calculados pró-rata-die.

19.9. A falta de pagamento do prêmio, por um período de até 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implicará o cancelamento automático do seguro.

19.9.1. Durante os 60 (sessenta) dias mencionados no item anterior, as coberturas previstas na Apólice não ficarão prejudicadas.

19.10. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo segurado ou estipulante, ou seja, não há reserva matemática a ser devolvida em caso de término ou rescisão do presente contrato.

20. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

20.1. O segurado ou seu(s) beneficiário(s) deverão, diante da ocorrência de sinistro, proceder à comunicação imediata, através do Aviso de Sinistro, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas.

20.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento do capital segurado devido pelo presente Contrato, contados a partir do recebimento pela seguradora de toda documentação descrita no **item 21** (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) destas Condições Gerais.

20.3. Em caso de dúvida fundada e justificável, a seguradora poderá solicitar ao(s) beneficiários(s) ou segurado outros documentos além daqueles estabelecidos no **item 21** (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no **subitem 20.2.** será suspenso, voltando a correr a partir do recebimento, pela seguradora, destes documentos e informações ou esclarecimentos.

20.3.1. Não respeitado o prazo previsto no **subitem 20.2**, os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos **subitens 20.4. e 20.5.**, aplicados a partir da data de sua exigibilidade. Considera-se data de exigibilidade o 1º (primeiro) dia posterior ao término do prazo previsto no **subitem 20.2.**

20.4. A título de juros de mora será utilizado o percentual de 12% (doze por cento) ao ano.

20.5. As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no **subitem 15.2.** destas Condições Gerais, a partir da data de sua exigibilidade.

20.6. O pagamento do capital será feito por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominal, pagável no domicílio ou praça indicada pelo(s) beneficiário(s) ou segurado no aviso de sinistro.

20.7. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do interessado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

21. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Os documentos básicos necessários para a liquidação de sinistro, que deverão ser encaminhados à seguradora, são os abaixo indicados e aqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada (sendo que, em caso de cópia, deverão ser autenticadas).

21.1. Para qualquer sinistro

21.1.1. Formulário

a) Aviso de sinistro, formulário fornecido pela seguradora.

21.1.2. Documentos do segurado

a) Cópia da Carteira de Identidade, do CPF e do comprovante de residência do segurado ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 (dezoito) anos;

b) Cópia da carteira de trabalho.

21.1.3. Documentos do(s) beneficiário(s)

a) Cópia da Carteira de Identidade, do CPF e do comprovante de residência do(s) beneficiário(s), quando maior (es) de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 (dezoito) anos;

b) Em caso de companheiro(a), além dos documentos indicados acima, providenciar cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda ou ainda Declaração de Vida em Comum passada em cartório feita pelo segurado antes do Sinistro e Declaração de duas testemunhas de que o segurado vivia maritalmente, especificando data, e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.

21.1.4. Documentos do estipulante

a) **No caso de funcionários:** Guia de Recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações a Previdência Social (GFIP), com todos seus anexos, dos três meses anteriores ao do sinistro, bem como a do mês referente à admissão do funcionário, cópia da folha salarial do mês do evento e, **para os terceirizados, será necessária a apresentação de cópia do contrato em vigor entre a empresa prestadora e o estipulante, comprovando inclusive a exclusividade.**

21.2. Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o segurado, independentemente de esta pessoa ser um médico habilitado.

22. JUNTA MÉDICA

22.1. No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas aos objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente na Apólice, será proposta pela seguradora, por meio de correspondência escrita ao segurado no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

22.2. Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

22.3. 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.

23. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

23.1. A seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro se o estipulante, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do prêmio, além de estar o estipulante obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

23.1.1. Se houver inexatidão ou omissão nas informações, a seguradora poderá a seu exclusivo critério:

a) na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a1) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

a2) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

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

b1) 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

b2) 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.

c) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

23.2. A seguradora ficará isenta do pagamento de qualquer indenização securitária caso seja constatada a omissão voluntária, por parte do segurado, de perguntas contidas na Declaração Pessoal de Saúde quando da contratação do seguro, se a seguradora comprovar o conhecimento prévio do proponente.

23.2.1. A seguradora também não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro, caso haja, por parte do segurado ou do(s) beneficiário(s), seu representante ou Corretor de Seguros:

a) inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas neste seguro;

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

24. CANCELAMENTO DO SEGURO

24.1. O seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes

contratantes e com a concordância recíproca.

24.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará rescindido independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização à parte infratora, preservados os direitos do segurado, nas seguintes situações:

a) por falta de pagamento de parcela do prêmio, após o prazo disposto no item 19.9.1 das Condições Gerais;

b) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais ou das Condições Especiais;

c) se houver dolo, culpa grave ou prática de fraude, consumada ou tentada, durante toda a vigência do contrato.

24.3. O pagamento de prêmios pelo estipulante de qualquer valor à seguradora após a data da rescisão não implica a reabilitação do seguro, nem gera qualquer efeito, devendo ser devolvido, devidamente corrigido.

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

24.5. A apólice não poderá ser cancelada durante a vigência, pela seguradora, sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

25. 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.

26. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do segurado/beneficiário com fundamento na presente Apólice prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

27. DISPOSIÇÕES GERAIS

O registro deste processo junto à SUSEP - Superintendência de Seguros Privados - não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

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

28. FORO CONTRATUAL

Fica eleito o foro de domicílio do segurado ou beneficiário para dirimir quaisquer dúvidas oriundas ao presente contrato. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquela acima previsto.

II. CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS - COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA MORTE

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do valor do capital segurado Individual, calculado a partir do capital segurado global contratado para esta cobertura, em caso de morte do segurado, devidamente coberta pelo seguro, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Quando determinada na Convenção Trabalhista e desde que prevista na contratação do seguro, esta cobertura também prevê o auxílio funeral, como antecipação do capital relativo à cobertura de morte, conforme determinado na apólice, limitado a 20% (vinte por cento), devendo para tanto apenas ser comprovada a ocorrência de morte do segurado.

1.2.1. A antecipação do pagamento de uma parte do capital segurado da cobertura de morte a título de auxílio funeral será feito de maneira simplificada, verificando-se apenas a ocorrência do falecimento.

1.2.2. Esta antecipação não vinculará a Marítima Seguros ao pagamento do capital total da cobertura de morte, que dependerá da verificação das circunstâncias do evento e da sua adequação às Condições Gerais, Especiais e outras particularidades contidas na apólice.

1.2.2.1. Caso seja verificado que o evento não está coberto pela apólice contratada, a Marítima Seguros não será ressarcida dos valores já despendidos.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data do evento conforme estabelecido nos **itens 5 e 6** das Condições Gerais.

3.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento.

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no **item 20** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no **item 21** (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

4.1. Em caso de morte natural incluir os seguintes documentos do segurado (sendo que, em caso de cópia, deverão ser autenticadas):

- a)** Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
- b)** Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do segurado, se for o caso;
- c)** Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do segurado;
- d)** Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- e)** Radiografias do segurado (quando houver);
- f)** Guia de internação hospitalar (quando houver);
- g)** Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida.

4.2. Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que, em caso de cópia, deverão ser autenticadas:

- a)** Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o segurado era o condutor do veículo;
- b)** Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;

- c) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- e) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- f) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Esta Condição Especial é parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais. As normas constantes nesta Condição, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro de Pessoas para Funcionários de Condomínio - Capital Global.

III. CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS - COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado Individual, calculado a partir do capital segurado global contratado para esta cobertura, em caso de morte do segurado causada exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro, sem prejuízo do pagamento do capital segurado individual relativo à cobertura Morte, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e destas Condições Especiais.

1.2. Quando determinada na Convenção Trabalhista e desde que prevista na contratação do seguro, esta cobertura também prevê o auxílio funeral, como antecipação do capital segurado individual relativo à cobertura de morte acidental, conforme determinado na apólice, limitado a 20% (vinte por cento), devendo, para tanto, apenas ser comprovada a ocorrência de morte acidental do segurado.

1.2.1. A antecipação do pagamento de uma parte do capital segurado da cobertura de morte acidental a título de auxílio funeral será feito de maneira simplificada verificando-se apenas a ocorrência do falecimento.

1.2.2. Esta antecipação não vinculará a Marítima Seguros ao pagamento do capital total da cobertura de morte acidental, que dependerá da verificação das circunstâncias do evento e da sua adequação às Condições Gerais, Especiais e outras particularidades contidas na apólice.

1.2.2.1. Caso seja verificado que o evento não está coberto pela apólice contratada, a Marítima Seguros não será ressarcida dos valores já despendidos.

2. CONCEITO DE ACIDENTES PESSOAIS

2.1. Para efeito destas Condições Gerais considera-se como acidente pessoal o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecida, posterior à contratação do seguro, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, 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, **desde que ocorrido após 02 (dois) anos, contados a partir do início de vigência do seguro;**
- b)** os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, ainda que 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)** os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.2. Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- a) as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames ou tratamentos clínicos, cirúrgicos ou medicamentosos, 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 Osteo- Musculares relacionadas ao trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico - científica, bem como suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos do item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice e das situações descritas no item 2.2 acima, estão expressamente excluídos desta cobertura os acidentes ocorridos em consequência:

- a) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas, de uso fortuito, ocasional ou habitual;
- b) de qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
- c) do parto ou aborto e suas conseqüências;
- d) das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- e) do choque anafilático e suas conseqüências;
- f) de viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, seqüestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo segurado e a seguradora julgado o risco aceito.

4. CAPITAL SEGURADO

Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data do acidente conforme estabelecido nos **itens 5 e 6** das Condições Gerais.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no **item 20** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no **item 21** (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, em caso de cópia, deverão ser autenticadas:

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

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

Esta Condição Especial é parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais. As normas constantes nesta Condição, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro de Pessoas para Funcionários de Condomínio - Capital Global.

IV. CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1.1. Garante ao segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente, proporcional ao valor do capital segurado Individual, calculado a partir do capital segurado global 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 Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas das Condições Especiais e especialmente das Condições Gerais da Apólice.

1.2. Quando determinada na Convenção Trabalhista e desde que prevista na contratação do seguro, esta cobertura também prevê o auxílio invalidez, como antecipação do capital relativo à cobertura de invalidez permanente total por acidente, conforme determinado no contrato de seguro, limitado a 20% (vinte por cento),

devendo para tanto apenas ser comprovada a ocorrência da invalidez por acidente.

1.2.1. A antecipação do pagamento de uma parte do capital segurado da cobertura de invalidez por acidente a título de auxílio invalidez será feito de maneira simplificada, verificando-se apenas a ocorrência da invalidez total do segurado.

1.2.2. Esta antecipação não vinculará a Marítima Seguros ao pagamento do capital da cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente, que dependerá da verificação das circunstâncias do evento e da sua adequação às Condições Gerais, Especiais e outras particularidades contidas na apólice.

1.2.2.1. Caso seja verificado que o evento não está coberto pela apólice contratada, a Marítima Seguros não será ressarcida dos valores já despendidos.

2. CONCEITOS

2.1. ACIDENTES PESSOAIS

Para efeito destas Condições Gerais considera-se como acidente pessoal o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecida, posterior à contratação do seguro, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, 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, **desde que ocorrido após 02 (dois) anos, contados a partir do início de vigência do seguro;**

b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, ainda que 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) 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 causado em decorrência de acidente coberto;

b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames ou tratamentos clínicos, cirúrgicos ou medicamentosos, 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 osteo- musculares relacionadas ao trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas conseqüências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 2.1 destas condições especiais.

2.2. Invalidez Permanente por Acidente

Como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, constantes da tabela contida no **item 2.2.13.**, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto.

2.2.1. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam.

2.2.2. Se, depois de paga uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE verificar-se a morte do segurado em conseqüência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

2.2.3. Após cada acidente o capital segurado relativo a esta cobertura será reintegrado automaticamente sem cobrança de prêmio adicional, aplicando-se o disposto no **subitem 2.2.10** na ocorrência de novo evento coberto.

2.2.4. Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a "TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE", constante no **subitem 2.2.13.** destas Condições Especiais.

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

2.2.6. Na falta de indicação de percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau de redução, máximo, médio e 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) respectivamente.

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

2.2.8. Quando o mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

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

2.2.10. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito à indenização e será deduzida do grau de invalidez definitiva.

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

2.2.12. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à seguradora de Declaração Médica.

Marítima

seguros

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

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)	%
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES	%
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	-
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES	%
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma das falanges do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	

Marítima

seguros

Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetro	6
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos constantes no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice, estão expressamente excluídos desta cobertura os acidentes ocorridos em consequência:

- a) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- b) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
- c) do parto ou aborto e suas conseqüências;
- d) das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- e) do choque anafilático e suas conseqüências;
- f) de viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, seqüestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio a outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo segurado e a seguradora julgado o risco aceito.

4. CAPITAL SEGURADO

Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data do acidente conforme estabelecido nos **itens 5 e 6** das Condições Gerais.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no **item 20** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no **item 21** (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados (sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas):

- a) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- b) Radiografias do segurado (quando houver);
- c) Guia de internação hospitalar (quando houver)
- e) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o segurado era o condutor do veículo;
- f) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- g) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho(CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- h) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- i) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- j) Atestado de alta médica definitiva, discriminando as seqüelas deixadas pelo acidente e se o segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

Esta Condição Especial é parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais. As normas constantes nesta Condição, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro de Pessoas para Funcionários de Condomínio - Capital Global.

V. CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1.1. Garante ao segurado uma indenização, nas hipóteses estabelecidas na tabela para cálculo da indenização em caso de Invalidez Permanente Total, o pagamento do capital segurado Individual, calculado a partir do capital segurado global contratado para esta cobertura, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva total de membro ou órgão constantes da tabela contida no **subitem 2.2.6.**, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

2. CONCEITOS

2.1. Acidentes Pessoais

Para efeito destas Condições Gerais considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecida, posterior à contratação do seguro, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como conseqüência direta a morte ou a invalidez permanente total, 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, desde que ocorrido após 02 (dois) anos, contados a partir do início de vigência do seguro;**
- 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) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causados 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 causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames ou tratamentos clínicos, cirúrgicos ou medicamentosos, 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 osteo- musculares relacionadas ao trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 2.1 destas condições especiais.**

2.2. Invalidez Permanente por Acidente

Como Invalidez Permanente Total por Acidente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão, constantes da tabela contida no item 2.2.6., em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto.

2.2.1. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a "TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE", constante no **subitem 2.2.6.** destas Condições Especiais.

2.2.2. Quando o mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

2.2.3. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito à indenização e será deduzida do grau de invalidez definitiva.

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

2.2.5 A Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser comprovada com a apresentação à seguradora de Declaração Médica.

2.2.6. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos do item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice estão expressamente excluídos desta cobertura, os acidentes ocorridos em consequência:

- a) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- b) de qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
- c) do parto ou aborto e suas conseqüências;
- d) das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- e) do choque anafilático e suas conseqüências;
- f) de viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, seqüestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo segurado e a seguradora julgado o risco aceito.

4. CAPITAL SEGURADO

Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data do acidente conforme estabelecido nos **itens 5 e 6** das Condições Gerais.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no **item 20** (Ocorrência de Sinistros) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no **item 21** (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópia deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- b) Radiografias do segurado (quando houver);
- c) Guia de internação hospitalar (quando houver)
- d) Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o segurado era o condutor do veículo;
- e) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- f) Cópia Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) no caso de Acidente de Trabalho;
- g) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- h) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- i) Atestado de alta médica definitiva, discriminando as seqüelas deixadas pelo acidente, e se o segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do Aviso de Sinistro.
- j) Em caso de sinistro em decorrência de alienação mental, total e incurável, deverá ser apresentado o termo de interdição judicial do segurado, de forma a permitir o pagamento da indenização ao curador.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

Esta Condição Especial é parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais. As normas constantes nesta Condição, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro de Pessoas para Funcionários de Condomínio - Capital Global.

VI. CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS - COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1.1. Garante ao segurado o pagamento do capital segurado Individual, calculado a partir do capital segurado global contratado relativo à cobertura de invalidez funcional permanente e total do segurado, em consequência de doença que cause a perda da existência independente do segurado, excluídos os eventos não cobertos constantes destas Condições Especiais e das Condições Gerais do seguro, além da legislação aplicável.

1.2. Quando determinada na Convenção Trabalhista e desde que prevista na contratação do seguro, esta cobertura também prevê o auxílio invalidez como antecipação do capital relativo à cobertura de invalidez funcional permanente e total por doença, conforme determinado no contrato de seguro, limitado a 20% (vinte por cento), devendo para tanto apenas ser comprovada a ocorrência da invalidez por doença.

1.2.1. A antecipação do pagamento de uma parte do capital segurado da cobertura de invalidez por doença a título de auxílio invalidez será feito de maneira simplificada, verificando-se apenas a ocorrência da invalidez total do segurado.

1.2.2. Esta antecipação não vinculará a Marítima Seguros ao pagamento do capital da cobertura de invalidez funcional permanente total por doença, que dependerá da verificação das circunstâncias do evento e da sua adequação às Condições Gerais, Especiais e outras particularidades contidas na apólice.

1.2.2.1. Caso seja verificado que o evento não está coberto pela apólice contratada, a Marítima Seguros não será ressarcida dos valores já despendidos.

1.3. Considera-se como data do Evento, para determinação do capital segurado individual, a data indicada na declaração médica que constate o quadro de invalidez acima conceituado.

1.4. Desde que mantido o vínculo empregatício ou a condição de contratado para prestar serviços com exclusividade ao Estipulante, após o pagamento do capital segurado conforme previsto nestas Condições Especiais, o segurado permanecerá na apólice exclusivamente com as outras coberturas contratadas e em vigor na apólice.

1.4.1. O capital segurado individual será o resultado do cálculo do capital global dividido pelos demais segurados da apólice que permaneçam com direito a esta cobertura.

2. CONCEITOS

2.1. Para fins da cobertura de Invalidez Funcional Total Permanente por Doença é necessária a caracterização da perda da existência independente do segurado em consequência de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônomicas do segurado.

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

a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";

b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;

c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;

d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**

e) Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;

f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) Deficiência visual, **decorrente de doença**:

- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°,
ou
- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;

i) Estados mórbidos, **decorrentes de doença**, a seguir relacionados:

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

2.3. Outros quadros clínicos serão reconhecidos como Riscos Cobertos, desde que avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF, constante do **item 6 - Comprovação de Invalidez**, desta Condição Especial.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Estão expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, ainda que redundante de Quadro Clínico Incapacitante, todos os riscos excluídos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice, bem como os eventos a seguir especificados:**

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

b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e

c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

3.2. A aposentadoria por Invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, órgãos do poder público ou outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico

Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

3.3. A MARITIMA SEGUROS S/A reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e/ou de natureza profissional.

4. CAPITAL SEGURADO

Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice.

4.1. O capital segurado desta cobertura está limitado a 100% do capital da cobertura de Morte.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Dos documentos para Regulação do Sinistro

Em caso de sinistro cabe ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no **item 21** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no **item 22** (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, em caso de cópia, deverão ser autenticadas:

- a) Declaração Médica que deverá constar informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e que comprovem o momento temporal **exato** do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos **subitens 2.2 e 2.3** e que justifique a inviabilidade de Pleno Exercício das Relações Autônômicas do segurado;
- b) Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
- c) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida;
- d) A avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).

5.1.1. Fica facultado à MARITIMA SEGUROS S/A., no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro ou, se for o caso, à liquidação.

5.1.2. O segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a MARITIMA SEGUROS S/A. julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

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

6. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ

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

O Quadro Clínico Incapacitante de Invalidez Permanente Total do segurado deve ser comprovado através de parâmetros e documentos do médico-assistente justificando o estado de invalidez do segurado, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o mesmo tiver se submetido.

Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF, sendo que, para constatação, deverá ser atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

6.2. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF é composto por duas Tabelas.

A primeira, **Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos**: esta tabela permite avaliar através de escalas compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

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

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

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

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

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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 À SOBREVIVÊNCIA E/OU REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA.	08

6.3. As despesas desembolsadas pelo segurado, objetivando demonstrar a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença são de responsabilidade deste, salvo aquelas realizadas diretamente pela MARITIMA SEGUROS S/A., com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

6.4. As providências que a MARITIMA SEGUROS S/A. tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Sendo reconhecida a invalidez pelo médico da seguradora, esta pagará o valor da indenização de uma só vez ao próprio segurado.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. O pagamento de indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, efetivamente comprovada, extingue, imediata e automaticamente, esta cobertura. Nessa hipótese, os prêmios relativos à cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do capital segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente.

8.2. A cobertura básica (morte), assim como as demais coberturas adicionais eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do capital segurado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, continuarão vigentes, sendo devido o prêmio correspondente.

8.3. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, esta contratada permanecerá em vigor, assim como a cobertura básica (morte) e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

Esta Condição Especial é parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais. As normas constantes nesta Condição, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro de Pessoas para Funcionários de Condomínio - Capital Global.

VII. CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS - COBERTURA DE MORTE COM PAGAMENTO ANTECIPADO POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE MORTE COM PAGAMENTO ANTECIPADO POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1.1. Garante o pagamento do valor do capital segurado, contratado para esta cobertura, em caso de morte ou de invalidez funcional permanente e total por doença do próprio segurado, devidamente coberta pelo seguro, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

2. CONCEITOS

2.1. Para fins de invalidez funcional permanente e total do segurado, entenda-se aquela conseqüente de doença ou que cause a perda da existência independente, exceto se decorrente dos riscos excluídos.

O valor da indenização será pago de uma só vez ao beneficiário indicado em caso de morte ou ao próprio segurado em caso de invalidez permanente e total do mesmo.

Após o pagamento do capital segurado extingui-se, imediata e automaticamente, a presente cobertura, bem como o presente contrato de seguro. Nesta hipótese, os prêmios pagos após a data do requerimento serão devolvidos atualizados monetariamente juntamente com o pagamento da indenização.

Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença do segurado, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

2.2. Para fins desta cobertura a Perda da Existência Independente do segurado será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônomicas do segurado. Consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

- a)** Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";
- b)** Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
- c)** Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d)** Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença em que configure a necessidade de expedição do termo de curatela;
- e)** Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f)** Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g)** Deficiência visual, decorrente de doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

- Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;

ou

- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h)** Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i)** Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou dos dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos do item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice estão expressamente excluídos desta cobertura, 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 a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e/ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);**
- c) as doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo segurado, em qualquer tempo pregresso;**
- d) as doenças agravadas por traumatismos;**
- e) as doenças nas quais se documente alguma interação e/ou intercorrência relacionadas a traumatismos e/ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e/ou a posturas viciosas;**

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

3.3. A seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional.

4. CAPITAL SEGURADO

Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data do evento.

4.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado da cobertura de morte a data do falecimento do segurado e, para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença, a data indicada na declaração médica que constate o quadro de invalidez acima conceituado.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro proceder conforme descrito no item 20 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no item 21 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

5.1.1. Em caso de morte natural o(s) beneficiário(s) deverá(rão) providenciar os seguintes documentos do segurado, sendo que, em caso de cópia, deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;**
- b) Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do segurado, se for o caso;**

- c) Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do segurado;
- d) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- e) Radiografias do segurado (quando houver);
- f) Guia de internação hospitalar (quando houver);
- g) Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida.

5.1.2. Em caso de ocorrência de morte por acidente o(s) beneficiário(s) deverá(rão) providenciar os seguintes documentos do segurado, sendo que, em caso de cópia, deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o segurado era o condutor do veículo;
- b) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- c) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos caso de Acidente de Trabalho;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- e) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- f) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

5.2. Em caso de ocorrência de invalidez permanente total do segurado, o segurado e/ou o representante legal deverá providenciar os seguintes documentos, sendo que, em caso de cópia, deverão ser autenticadas:

- a) Laudo médico confirmando o diagnóstico e comprovando a invalidez permanente total do segurado;
- b) Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
- c) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida;
- d) A avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).

6. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ

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

O Quadro Clínico Incapacitante de Invalidez Permanente Total do segurado deve ser comprovado através de parâmetros e documentos do médico-assistente justificando o estado de invalidez do segurado, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o mesmo tiver se submetido.

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

6.2. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF é composto por duas Tabelas.

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

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

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

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

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E/OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E/OU TÉCNICO.	20

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

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

Esta Condição Especial é parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais. As normas constantes nesta Condição, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro de Pessoas para Funcionários de Condomínio - Capital Global.