



KAPAM SEGURADORA

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

PLANO COLETIVO

SEGURO DE PESSOAS – TAXA MÉDIA

PROCESSO SUSEP 15414.646262/2024-14

SETEMBRO/2025

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

PLANO COLETIVO - SEGURO DE PESSOAS – TAXA MÉDIA

SUMÁRIO

CONDIÇÕES GERAIS	4
1 OBJETIVO DO SEGURO	4
2 GLOSSÁRIO	4
3 PÚBLICO-ALVO E CANAIS DE DISTRIBUIÇÃO	18
4 CONTRATAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA	19
5 ADESÃO À APÓLICE COLETIVA	20
6 ENCAMPAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA	23
7 MIGRAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA	23
8 MEIOS REMOTOS NA CONTRATAÇÃO E NA ADESÃO	24
9 COBERTURAS	25
10 RISCOS EXCLUÍDOS	29
11 CARÊNCIA	30
12 FRANQUIA	30
13 CAPITAL SEGURADO	31
14 VIGÊNCIA DO SEGURO	32
15 ALTERAÇÃO DO SEGURO	32
16 ATUALIZAÇÃO DE VALORES	33
17 RENOVAÇÃO DO SEGURO	34
18 CONCORRÊNCIA DE CONTRATOS DE SEGURO	34
19 TAXA DA APÓLICE COLETIVA	35
20 CUSTEIO DO SEGURO	35
21 PRÊMIO DO SEGURO	36
22 CANCELAMENTO DO SEGURO	41
23 BENEFICIÁRIO	44
24 SINISTRO	45
25 SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS	49
26 AVISO DE AGRAVAÇÃO DO RISCO DURANTE A VIGÊNCIA DO SEGURO	49
27 PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO DO SEGURO	50
28 ESTIPULANTE E SUBESTIPULANTE: DIREITOS, OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES	52
29 REPRESENTANTE DE SEGUROS: DIREITOS, OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES	52
30 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	52
31 FORO	53
32 LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS	53
33 DISPOSIÇÕES FINAIS	54
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE (M)	55
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	58
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL - VÍTIMA DE CRIME (MA-VC)	61
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	64
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	68
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS (DMHO)	74
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - ANTECIPAÇÃO (IFPD-ANTECIPAÇÃO)	78
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - AUTÔNOMA (IFPD-AUTÔNOMA)	84
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - AUTÔNOMA (ILPD-AUTÔNOMA)	90
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)	94
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI (DUTI)	99
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL (DIH-AP)	105
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL (DUTI-AP)	110
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)	116
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL (DIT-AP)	121
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL - AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO (DIT-AP-AUX-ALIM)	126
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTES DE ACIDENTE OCORRIDO NO HORÁRIO DE TRABALHO - AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO (DIT-APT-AUX-ALIM)	131
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE TRANSPLANTES E DOENÇAS GRAVES (TDG)	136
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (DIAG-CANCER)	145
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE ADIANTAMENTO POR DOENÇA TERMINAL (ADT)	149
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE RESCISÃO CONTRATUAL POR MORTE (RCM)	154
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE RESCISÃO CONTRATUAL POR MORTE ACIDENTAL (RCMA)	157
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE RESCISÃO CONTRATUAL POR INVALIDEZ POR ACIDENTE OU DOENÇA (RCINV)	160
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE CESTA NATALIDADE - NECESSIDADES BÁSICAS (CESTA NAT - NB)	163

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE CESTA NATALIDADE - DESPESAS EXTRAS (CESTA NAT - DE).....	166
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DOENÇAS CONGÊNITAS DE FILHOS (DCF)	169
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE NASCIMENTO PREMATURO DE FILHOS (NPF).....	172
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE FILHOS PÓSTUMOS (M-FP).....	175
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE (AUX-ALIM)	178
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO DESPESAS DIVERSAS POR MORTE (AUX-DESP).....	181
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO DESPESAS DIVERSAS POR MORTE ACIDENTAL (AUX-DESP MA).....	184
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DESPESAS COM ADAPTAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE (DESP-ADPT-IPA)	188
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DESPESAS COM DIÁRIAS DE AFASTAMENTO POR INVALIDEZ POR ACIDENTE OU DOENÇA (DESP-DAF-INV).....	194
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL (AUX-FUN)	199
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL DEDUTÍVEL DA MORTE (AUX-FUN-DED).....	203
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE - AUXÍLIO FAMÍLIA (AUX-FAM).....	208
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO ESPECIAL POR ACIDENTE (AUX-ESP-AP)	211
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO EM CASO DE ACIDENTE EXCEPCIONAL (AUX-EXCEP-AP)	214
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTOS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL OCORRIDO NO HORÁRIO DE TRABALHO (AUX-MED-APT).....	216
CONDIÇÕES ESPECIAIS - CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE, FILHOS E DEPENDENTES	219

* * * * *

CONDIÇÕES GERAIS

PLANO COLETIVO - SEGURO DE PESSOAS – TAXA MÉDIA

1 OBJETIVO DO SEGURO

O presente Plano Coletivo de Seguro de Pessoas tem por objetivo garantir aos beneficiários ou ao próprio segurado o direito a indenização, no caso de ocorrência de sinistro decorrente de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas em seu certificado individual de seguro, respeitando as demais Condições Contratuais.

2 GLOSSÁRIO

Para facilitar a compreensão da linguagem utilizada, incluímos neste glossário uma relação contendo a definição dos principais termos técnicos utilizados nestas condições gerais e nas condições especiais, das quais este glossário passa a fazer parte integrante.

2.1 Aceitação do Risco

Ato de aprovação de proposta submetida à KAPAM SEGURADORA para a contratação de seguro.

2.2 Acidente Pessoal

Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

2.2.1 Incluem-se nesse conceito:

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

2.2.2 Excluem-se desse conceito:

- a) **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidéz acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz por acidente pessoal, conforme definido nesta cláusula.**

2.3 Acidente Pessoal ocorrido no horário de trabalho

Observados os conceitos de Acidente pessoal dispostos na cláusula 2.2 Acidente Pessoal destas Condições Gerais, considera-se Acidente Pessoal ocorrido no horário de trabalho o acidente pessoal que ocorre pelo exercício das atividades laborativas de profissão ou ocupação principal do segurado, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho, considerando também o acidente sofrido fora do local e horário formal de trabalho, desde que ocorrido:

- a) **na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;**
- b) **na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;**
- c) **em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;**
- d) **no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.**

2.4 Aditivo

São as alterações efetuadas na proposta de contratação que, após assinatura do Estipulante/Subestipulante e do Corretor, gerarão o endosso à apólice coletiva.

2.5 Agravação de Risco

Deterioração das circunstâncias que influenciaram a avaliação original de um risco: aumento de sua probabilidade de vir a ocorrer e/ou expectativa de mais danos em caso de sinistro.

2.6 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 impossibilitado para a vida civil.

2.7 Âmbito Geográfico

Termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou a extensão na qual o seguro ou a cobertura é válido.

2.8 Apólice

É o documento emitido pela KAPAM SEGURADORA formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos.

2.9 Ato Doloso

Ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

2.10 Ato Ilícito

Ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, que viole direito e cause danos a outrem, ainda que exclusivamente moral.

2.11 Ato Ilícito Culposos

Ações ou omissões involuntárias, que violem direito e causem dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, decorrentes de negligência ou imprudência do responsável, pessoa ou empresa. O comportamento negligente ou imprudente, em si, sem que dele resulte dano, não é um ato ilícito culposos. Este é cometido, se, involuntariamente, como consequência direta de negligência ou imprudência, for violado direito e causado o dano.

2.12 Ato Ilícito Doloso

Ações ou omissões voluntárias, que violem direito e causem dano a outrem, ainda que exclusivamente moral.

2.13 Aviso de Sinistro

Comunicação da ocorrência de um sinistro que o segurado ou beneficiário deve fazer à KAPAM SEGURADORA, respeitando os prazos prescricionais cabíveis.

2.14 Beneficiário

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

2.15 Cancelamento

Dissolução antecipada do contrato de seguro.

2.16 Capital Segurado

Valor máximo para cada cobertura contratada a ser pago pela KAPAM SEGURADORA na ocorrência do sinistro coberto pelo seguro. Nenhuma indenização poderá ser superior ao capital segurado.

2.17 Carência

É o período contínuo do tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou, do aumento do capital segurado, ou da sua recondução depois de suspenso, durante o qual, em caso de sinistro, a KAPAM SEGURADORA estará isenta de qualquer responsabilidade de indenizar o segurado, pois neste período não há cobertura do seguro. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as coberturas ou algumas delas.

2.18 Caso Fortuito / Força Maior

Acontecimento imprevisto e independente da vontade humana cujos efeitos não são possíveis evitar ou impedir. Exemplos: tempestade, furacão, inundação, queda de raio, outros fenômenos da natureza.

2.19 Certificado Individual de Seguro

É o documento emitido pela KAPAM SEGURADORA, que formaliza a aceitação da proposta de adesão apresentada pelo proponente e sua efetiva inclusão como segurado na apólice coletiva, também será emitido na renovação da apólice coletiva, também chamado de certificado de seguro ou certificado individual.

2.20 Certificado Digital

É um documento eletrônico que contém dados sobre a pessoa física ou jurídica que o utiliza, servindo como uma identidade virtual que confere validade jurídica e aspectos de segurança digital em transações digitais. Este documento utiliza um sistema criptográfico conhecido como criptografia assimétrica, e geralmente inclui o nome do utilizador, sua chave pública, a entidade emissora, a assinatura digital e o prazo de validade do certificado. A emissão, distribuição, renovação e revogação de um certificado digital é feito por uma autoridade certificadora,

entidade encarregada da validação dos certificados e vinculada a uma hierarquia na infraestrutura de chaves públicas (ICP).

2.21 Cláusula

Em sentido estrito, é a denominação dada a cada um dos artigos ou disposições de um contrato. No caso de seguros, utiliza-se o termo para fazer referência a um grupo de disposições, normalmente reunidas sob um título, que estipulam as regras relativas a um particular aspecto do contrato, como, por exemplo, “Cláusula de Pagamento do Prêmio”.

2.22 Cobertura

Numa acepção ampla, é o conjunto dos riscos cobertos elencados no certificado de seguro, cuja responsabilidade é assumida pela KAPAM SEGURADORA perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

2.23 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, incluindo as constantes do contrato de seguro, certificado de seguro, das condições gerais, condições especiais e condições ou cláusulas particulares de um mesmo plano de seguro.

2.24 Condições Especiais

Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro, e que eventualmente podem alterar as condições gerais.

2.25 Condições Gerais

Conjunto das cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas deste plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da KAPAM SEGURADORA, dos segurados e do(s) beneficiário(s).

2.26 Contrato de Seguro

Instrumento jurídico, emitido nos termos da regulamentação específica por qualquer meio físico ou por meios remotos, firmado entre o Estipulante e a KAPAM SEGURADORA, que tem por objetivo estabelecer as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixar os direitos e obrigações do Estipulante, da KAPAM SEGURADORA, dos segurados, e do(s) beneficiário(s). Sinônimo: Contrato Coletivo.

2.27 Consignante

Pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Sociedade Seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

2.28 Corretora de Seguros

Empresa cuja constituição é regulada por leis e normas específicas, e que tem atuação semelhante à de um corretor de seguros.

2.29 Corretor de Seguros

Profissional, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado para intermediar e promover contratos de seguro.

2.30 Culpa

Conduta negligente ou imprudente, sem propósito de lesar, mas da qual proveio dano ou ofensa a outrem.

2.31 Culpa Grave

Trata-se de conceito não existente no Código Civil, mas que é por vezes utilizado nos tribunais civis. A culpa grave se aproxima do dolo, sendo motivo para a perda de direito por parte do segurado. Devido ao seu caráter jurídico especial, a culpa grave somente pode ser estabelecida por sentença de corte cível.

2.32 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.

2.33 Diária Segurada

É a importância a ser paga ao segurado em função do valor estabelecido para as coberturas de Diárias por Incapacidade Temporária (DIT), Diárias por Incapacidade Temporária decorrentes de Acidente Pessoal (DIT-AP), Diária por Incapacidade Temporária decorrentes de Acidente Pessoal - Auxílio Alimentação (DIT-AP-AUX-ALIM), Diária por Incapacidade Temporária decorrentes de Acidente ocorrido no horário de trabalho - Auxílio Alimentação (DIT-APT-AUX-ALIM), Diárias por Internação Hospitalar (DIH), Diárias por Internação Hospitalar em UTI (DUTI), Diárias por Internação Hospitalar decorrentes de Acidente Pessoal (DIH-AP) e Diárias por Internação Hospitalar em UTI decorrentes de Acidente Pessoal (DUTI-AP) na hipótese de ocorrência de sinistro.

2.34 Doença

É o evento decorrente de perturbação das condições de saúde do segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, **não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.**

2.35 Doença Pré-existente

Toda doença, inclusive congênita, que o segurado sabia ser portador ou sofredor à época da emissão do certificado individual e não declarada na proposta de adesão, quando esta informação for solicitada pela KAPAM SEGURADORA.

2.36 Dolo

Má-fé. Qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro; vontade conscientemente dirigida com a finalidade de obter um resultado criminoso.

2.37 Endosso

Documento, emitido pela KAPAM SEGURADORA, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

2.38 Estipulante

Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do(s) segurado(s), nos termos da legislação e regulamentação em vigor, sendo identificada como Estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio e como Estipulante-averbador quando não participar do custeio. O Estipulante deverá manter estreita relação com o grupo segurável, cuja forma de vínculo deverá estar definida no contrato coletivo, de forma clara e objetiva.

2.39 Evento

Toda e qualquer ocorrência ou acontecimento decorrente de uma mesma causa passível de ser garantido pelo seguro.

2.40 Evento Coberto

É o acontecimento futuro, involuntário, possível, incerto e de natureza súbita, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas condições gerais, e/ou nas condições especiais, quando ocorrido durante a vigência da cobertura individual.

2.41 Excedente Técnico

É o saldo positivo obtido na apuração do resultado técnico de uma apólice coletiva, em determinado período, conforme critérios estabelecidos no contrato de seguro da respectiva apólice.

2.42 Formulário de Aviso de Sinistro

Documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à KAPAM SEGURADORA.

2.43 Fracionamento do Prêmio

Usa-se esta expressão nos casos em que o pagamento do prêmio é parcelado.

2.44 Franquia (em dinheiro)

É o valor ou percentual, determinado no certificado individual, referente a participação obrigatória do segurado nos prejuízos indenizáveis decorrentes de evento coberto.

2.45 Franquia (em tempo)

É o período contínuo do tempo, contado a partir da data de ocorrência do evento coberto, durante o qual a KAPAM SEGURADORA estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória, pois neste período não há cobertura do seguro.

2.46 Grupo Segurado

É a constituído pelos integrantes do grupo segurável que foram efetivamente aceitos e incluídos na apólice coletiva.

2.47 Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúnem as condições para inclusão na apólice coletiva conforme critérios estabelecidos no contrato de seguro.

2.48 Hospital

Designa qualquer estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamentos médicos, clínico, cirúrgico e/ou paramédicos em regime de internação, desde que possuam um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) médico e 1 (um) enfermeiro diplomado, possuindo serviço de enfermagem, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas do dia. Para fins deste plano de seguro não serão considerados como "Hospital": clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente reconhecidos pela KAPAM SEGURADORA.

2.49 Índice de inflação

Inflação é o nome dado ao aumento dos preços de produtos e serviços. Ela é calculada pelos índices de preços, comumente chamados de índices de inflação, tais como IPCA, IGP-M, INPC, dentre outros.

2.50 Indenização

Valor que a KAPAM SEGURADORA assume pagar ao segurado ou beneficiário em caso de evento coberto pelo contrato de seguro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

2.51 Internação Hospitalar

É a permanência em hospital em regime de internação, causada por doença ou acidente, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela

utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório. Para fins deste seguro, caracteriza-se como o período de tempo mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança pelo hospital/clínica de uma Diária Hospitalar. Em casos de hospitais gratuitos, deverá ser apresentado a documentação que comprove a internação hospitalar.

2.52 Início de Vigência

É a data e o horário a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela KAPAM SEGURADORA.

2.53 I.O.F

Imposto sobre Operações Financeiras (incide sobre os contratos de seguro).

2.54 Liquidação de Sinistro

Processo para pagamento da indenização (ou reembolso) relativa a um sinistro coberto pelo seguro.

2.55 Má-Fé

Agir de modo contrário à lei ou ao direito, fazendo-o propositadamente. Dolo.

2.56 Médico Responsável ou Assistente

Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que assiste ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, nem pessoa que viva na mesma residência do segurado mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

2.57 Meios Remotos

São aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como internet pública ou privada, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

2.58 Migração de Apólice Coletiva

É a substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra Sociedade Seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

2.59 Objeto do Seguro

É a designação genérica do interesse do segurado a ser garantido pelo seguro, sejam coisas, pessoas, bens, responsabilidades, obrigações, direitos ou garantias.

2.60 Ocorrência

Acontecimento, circunstância. No jargão de seguros, usa-se às vezes como sinônimo de evento danoso, sinistro, ou, ainda, agravação de risco.

2.61 Período de Cobertura

Aquele durante o qual o beneficiário, fará jus ao capital segurado contratado.

2.62 Período Indenizável

É o período máximo, definido nas condições contratuais, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado fará jus ao recebimento de indenização contratada para as coberturas cuja indenização se der através do pagamento de diárias seguradas. Os períodos de afastamento indenizados não poderão superar o limite do período indenizável.

2.63 Plano de Seguro

É o conjunto de coberturas estabelecidas nas condições gerais e especiais, que tem a finalidade de atender as necessidades de coberturas securitárias dos integrantes do público-alvo.

2.64 Prazo de Suspensão

Prazo ou intervalo de tempo, durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o segurado ou beneficiário, não fará jus à cobertura e não terá direito ao recebimento da indenização, em função do estado de inadimplência do segurado.

2.65 Prazo de Tolerância

Prazo ou intervalo de tempo, durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o segurado inadimplente fará jus à cobertura, e o beneficiário terá direito ao recebimento da indenização, deduzindo o valor das parcelas em atraso do valor do capital segurado.

2.66 Prêmio

É o valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro, que são pagos à KAPAM SEGURADORA, para que esta assuma a responsabilidade pelas coberturas contratadas. Sinônimo de preço do seguro.

2.67 Prêmio Comercial

Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

2.68 Prêmio Fracionado

É o prêmio único, calculado para toda vigência do seguro, dividido em quantidade de parcelas inferior ao número de meses da vigência, normalmente com acréscimo de juros chamados de adicional de fracionamento, mas sem a

cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento e com a última parcela vencendo antes do término de vigência da cobertura individual.

2.69 Prêmio Periódico

É o valor do prêmio do seguro a ser pago com qualquer periodicidade compatível com as suas características e com a vigência da cobertura, conforme opção especificada no certificado individual, em parcelas periódicas: semestral, trimestral, bimestral, mensal, entre outras.

2.70 Prêmio Único

É o prêmio do seguro, calculado para a vigência integral do certificado individual, podendo ser pago à vista ou parcelado, quando é chamado de Prêmio Fracionado.

2.71 Prescrição ou Prazo Prescricional

É o prazo que o segurado tem para acionar na justiça a KAPAM SEGURADORA e vice-versa. Na hipótese de o prejudicado não se manifestar durante o prazo prescricional, ocorre a prescrição.

2.72 Proponente (Estipulante)

Pessoa, física ou jurídica, que por estar interessada em contratar a(s) cobertura(s) deste plano de seguro, firmar contrato de seguro e se tornar Estipulante de apólice coletiva, preenche, assina, e encaminha uma proposta de contratação para análise de aceitação pela KAPAM SEGURADORA.

2.73 Proponente (Segurado)

Pessoa física, integrante do grupo segurável, que por estar interessada em aderir ao seguro disponibilizado pelo Estipulante da apólice coletiva, preenche, assina, e encaminha uma proposta de adesão para análise de aceitação pela KAPAM SEGURADORA.

2.74 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, integrante do grupo segurável descrito no contrato de seguro, expressa formalmente sua intenção de aderir à apólice coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.75 Proposta de Contratação

É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa formalmente sua intenção de contratar, alterar ou renovar apólice coletiva de seguro, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.76 Reabilitação do Seguro

É o restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão.

2.77 Regime Financeiro de Repartição Simples

É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os prêmios decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

2.78 Regulação do Sinistro

Conjunto de procedimentos realizados pela KAPAM SEGURADORA após receber comunicação da ocorrência de um sinistro, visando apuração de suas causas, consequências, circunstâncias e valores envolvidos, com vistas à caracterização do evento ocorrido e seu enquadramento nas coberturas contratadas no certificado individual.

2.79 Reintegração

É o restabelecimento do capital segurado que foi reduzido pelo pagamento da indenização decorrente de sinistro, com a recomposição do capital segurado relativo a uma ou mais das coberturas contratadas, após ter sido efetuado o pagamento de alguma indenização ao segurado.

2.80 Renovação Automática

A renovação automática da apólice coletiva e do contrato de seguro só poderá ser feita uma única vez e por igual período, salvo se a KAPAM SEGURADORA ou o ESTIPULANTE, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência de no mínimo, 30 (trinta) dias da data do final de sua vigência, comunicar a outra parte, o desinteresse pela renovação do seguro.

2.81 Representante de Seguros

É a pessoa jurídica que possui contrato de representação com a KAPAM SEGURADORA, contendo a delimitação dos poderes de representá-la na promoção, oferta e/ou distribuição de seus seguros, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, realizando contratos de seguro à conta e em nome da KAPAM SEGURADORA, sem prejuízo de realização de outras atividades, porém deverá respeitar e seguir as normas de seguro estabelecidas pela SUSEP e pelo CNSP. O Representante de Seguros não exerce a atividade de corretagem de seguros, ou seja, não é um Corretor de Seguros.

2.82 Rescisão

Dissolução antecipada do contrato de seguro por acordo das partes. Quando não há acordo, usa-se o termo “cancelamento”.

2.83 Risco

É o evento futuro e, incerto ou de data incerta, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica ao próprio segurado ou a terceiros.

2.84 Riscos Excluídos

Todo evento danoso em potencial, não elencado entre os riscos cobertos nas condições do seguro é, implicitamente, um risco excluído. No entanto, para evitar litígios decorrentes de interpretação incorreta do risco coberto, e, também, porque alguns dos possíveis riscos excluídos numa cobertura, podem ser redefinidos como riscos cobertos em outra cobertura, os riscos excluídos são elencados de forma explícita nos contratos de seguro e/ou condições gerais e/ou nas condições especiais das coberturas contratadas. Portanto, este é o conceito restrito de risco excluído: são potenciais eventos danosos, elencados no contrato, mas NÃO contemplados pelo seguro, isto é, em caso de ocorrência, causando danos ao segurado ou a terceiros, não haveria indenização ao beneficiário, são aqueles riscos, previstos no contrato de seguro, nas condições gerais e/ou condições especiais, que não estão cobertos pelo plano.

2.85 Segurado

Pessoa física integrante do grupo segurável, cuja proposta de adesão, foi analisada e aceita pela KAPAM SEGURADORA, e que ao ser incluída na apólice coletiva receberá o certificado individual de seguro, sendo:

- a) Segurado Principal – é o próprio proponente.
- b) Segurados Dependentes – o pai, a mãe, o sogro, a sogra, o cônjuge, companheiro(a), os filhos, enteados e/ou outros dependentes do segurado principal, assim considerados de acordo com a regulamentação do Imposto de Renda, desde que designados no certificado individual contratado, mediante contratação de cláusula suplementar específica.

2.86 Seguradora

É a KAPAM SEGURADORA, empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos da legislação vigente, destas condições gerais e das especiais das coberturas contratadas no certificado individual.

2.87 Seguro

Contrato pelo qual uma das partes denominada segurador (a KAPAM SEGURADORA), se obriga, mediante recebimento de prêmio, a indenizar outra (o segurado ou o beneficiário) por eventuais prejuízos consequentes da ocorrência de determinados eventos, desde que amparados pelas condições contratuais.

2.88 Sinistro Coberto

É a ocorrência de evento garantido como risco coberto pelo seguro, e que, caso venha a ocorrer durante sua vigência, será capaz de acarretar obrigações pecuniárias para a KAPAM SEGURADORA.

2.89 Subestipulante

É a pessoa física ou jurídica que participa da contratação do plano coletivo, que possui vínculo com o Estipulante, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, tendo suas obrigações definidas nas condições gerais do seguro.

2.90 Subscrição

Processo interno conduzido pela KAPAM SEGURADORA para avaliar os riscos propostos, resultando na aceitação ou recusa desses riscos para a efetivação do seguro

2.91 Sub-rogação de Direitos

Direito que a lei confere à Seguradora, que pagou a indenização ao segurado, de assumir seus direitos contra os terceiros responsáveis pelos prejuízos.

Nos seguros de pessoas, a Sociedade Seguradora não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.

2.92 Suspensão

É o lapso temporal em que o seguro não opera nenhum efeito, ficando o segurado sem direito à(s) cobertura(s) contratada(s).

2.93 Taxa

É o valor resultante da divisão do prêmio pelo capital segurado.

2.94 Término da Vigência

Data e horário final para ocorrência de riscos previstos num certificado de seguros.

2.95 Vigência do Seguro

É o intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme previsto no contrato de seguro, e expresso na apólice coletiva, nos certificados individuais, nos endossos, nas faturas, e demais documentos.

2.96 Vigência da Cobertura Individual

É o período em que o segurado está coberto pela(s) cobertura(s) deste seguro.

2.97 Vínculo

É a relação de mesma natureza, anterior ao contrato de seguro, existente entre o Estipulante ou Subestipulante, conforme o caso, e determinado grupo de pessoas, que contém o grupo segurável.

3 PÚBLICO-ALVO E CANAIS DE DISTRIBUIÇÃO

Este plano de seguro é de contratação coletiva e destina-se às pessoas físicas ou jurídicas que possuam vínculo prévio a contratação deste plano de seguro com grupo segurável, formado por pessoas físicas, e que atendam as condições de contratação necessárias para se tornarem Estipulante e/ou Subestipulante de apólice coletiva, e poderá ser disponibilizado para comercialização através de corretores de seguro ou diretamente pela KAPAM SEGURADORA, junto a lojas e respectivos franqueados, instituições financeiras e respectivos correspondentes, empresas de prestação de serviços em geral, desde que se enquadrem nas disposições legais, e que venham a firmar contrato ou convênio de representante de seguro com a KAPAM SEGURADORA.

3.1 CANAIS DE DISTRIBUIÇÃO: PRODUTOS COMERCIAIS

A KAPAM SEGURADORA poderá elaborar produtos comerciais focados em cada canal de distribuição e/ou tipo de vínculo, ou em parte deste(s), contendo condições de contratação específicas para determinada parcela do público alvo (nicho), que serão divulgadas nos canais de distribuição e comercialização mediante comunicação adequada, acompanhada de material de apoio a venda elaborados com a finalidade de transmitir aos interessados todas as informações necessárias para que tomem pleno conhecimento deste plano de seguro antes de encaminharem sua proposta de contratação.

A denominação de cada produto comercial amparado pelo presente plano de seguro, incluindo o nome fantasia, se utilizado, será elaborada de forma a não induzir o público-alvo a erro quanto à abrangência das coberturas oferecidas.

Nos locais de comercialização presencial e na comercialização por meios remotos, estará à disposição das pessoas interessadas em tornar-se Estipulante, acesso por meio físico ou por meio remoto, a íntegra das condições contratuais deste plano de seguro para que tomem conhecimento do seguro antes de assinarem o contrato de seguro, bem como a proposta de contratação, e solicitarem a emissão de sua apólice coletiva.

3.2 PÚBLICO-ALVO: GRUPO SEGURÁVEL

O grupo segurável será devidamente descrito a proposta de contratação e no contrato de seguro firmado entre o Estipulante e a KAPAM SEGURADORA, sendo constituído pelas pessoas físicas que possuem vínculo prévio, de qualquer natureza, com o Estipulante, o qual deverá estar, de forma clara e objetiva, definido no contrato de seguro, bem como os limites e critérios de ingresso no seguro.

O Estipulante também poderá manter vínculo indireto com o grupo segurável por intermédio de Subestipulante, observados os limites de atuação e de responsabilidades definidos no contrato coletivo em relação a cada parte.

4 CONTRATAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA

4.1 CONTRATAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA: PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

A contratação deste plano de seguro pelo Estipulante, iniciará com a entrega da proposta de contratação devidamente assinada, contendo os elementos essenciais para análise e aceitação do risco, acompanhada dos demais documentos previstos nos requisitos de implantação do respectivo produto comercial, à KAPAM SEGURADORA, ou ao Representante de Seguros, mediante protocolo, sendo que a identificação do proponente interessado em tornar-se Estipulante será feita preferencialmente:

- a) No caso de Pessoa Física: pelo nome, endereço completo, contendo logradouro, número, complemento, bairro, cidade, estado e CEP, respectivo número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou, na falta deste, pelo número de registro da cédula de identidade (RG), carteira de trabalho, certidão de nascimento, certidão de casamento ou outros documentos oficiais de identificação que possuam validade no território nacional, no caso de estrangeiro deverá ser informado preferencialmente documento de identificação expedido no Brasil, na falta o número do passaporte e o nome do país emissor, ou outro documento de identificação expedido por seu país de origem e aceito pela legislação no Brasil para sua identificação durante sua permanência no país.
- b) No caso de Pessoa Jurídica: pela razão social, endereço completo, CNPJ e respectivo CNAE da atividade principal, no caso de estrangeiro o número de identificação constante no cadastro oficial em vigor para pessoas jurídicas não residentes, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro, sendo que as pessoas jurídicas que não possuem registro neste cadastro, poderão apresentar outras formas de identificação acompanhadas das devidas referências ao órgão registrador, inclusive o país em que está sediado.

4.2 CONTRATAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA: ACEITAÇÃO NA CONTRATAÇÃO

A aceitação da proposta de contratação está sujeita à análise do risco, que será realizada com base em critérios de subscrição da KAPAM SEGURADORA, durante processo com prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, cuja contagem iniciará no dia seguinte ao protocolo da proposta de contratação, contendo os elementos essenciais para análise e aceitação do risco, acompanhada dos demais documentos previstos nos requisitos de implantação do respectivo produto comercial, e que terminará com comunicação ao proponente, interessado em se tornar Estipulante, da decisão pela aceitação ou recusa,

formalizada através de comunicado expresso, que em caso de aceitação poderá ser substituído pelo envio da apólice coletiva e do contrato de seguro, contendo os critérios, limites e demais características estabelecidos na proposta de contratação, e em caso de recusa deverá conter os motivos da recusa, e seu envio acompanhado da devolução da respectiva proposta de contratação, e nos casos em que a proposta de contratação for acompanhada de pagamento antecipado do valor do prêmio integral ou parcial, deverá conter informação que este valor deverá ser restituído no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos devidamente atualizado nos termos da cláusula 22.3.2 ATRASO NA RESTITUIÇÃO DE PRÊMIO - MULTA, JUROS E ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, deduzindo o valor proporcional ao período entre a data de protocolo e a data da recusa, pois neste período houve cobertura do seguro, e que o efetivo recebimento do valor do prêmio pela KAPAM SEGURADORA não implica na aceitação da proposta de contratação.

4.2.1 CONTRATAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA: DOCUMENTOS E/OU INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Durante o processo de análise do risco de cada proposta de contratação, a KAPAM SEGURADORA poderá solicitar informações complementares, declarações ou esclarecimentos, e/ou documentos, que possam contribuir no processo de análise do risco, sendo que a contagem do prazo de análise para aceitação será interrompida na data em que o Estipulante receber o pedido, mediante protocolo, e retomada no dia subsequente ao recebimento integral, mediante protocolo, na KAPAM SEGURADORA do que fora solicitado.

4.2.2 CONTRATAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA: ACEITAÇÃO TÁCITA

Decorrido o prazo máximo para aceitação, apurando-se o efetivo prazo de análise para aceitação e considerando o eventual período em que sua contagem ficou suspensa, sem que a KAPAM SEGURADORA tenha se manifestado expressamente comunicando ao Estipulante e/ou ao Corretor sua decisão pela aceitação ou recusa da proposta de contratação, estará automaticamente caracterizada a aceitação tácita da proposta de contratação do seguro.

5 ADESÃO À APÓLICE COLETIVA

O Estipulante e/ou Subestipulante, conforme previsto no contrato de seguro, deverão disponibilizar para todas as pessoas físicas integrantes do grupo segurável e interessadas em se tornar segurados, a íntegra das condições contratuais deste plano seguro para que tomem conhecimento do seguro antes de assinarem a proposta de adesão, de solicitarem sua inclusão no seguro e da emissão de seu certificado individual.

As condições contratuais poderão ser disponibilizadas pelo Estipulante e/ou Subestipulante, de forma física em suas dependências, para consulta presencial, e/ou de forma digital, para consulta por meios remotos.

5.1 ADESÃO À APÓLICE COLETIVA: PROPOSTA DE ADESÃO

A adesão ao seguro pelo proponente, pessoa física integrante do grupo segurável definido no contrato de seguro, é facultativa, sendo que esta opção deverá ser devidamente formalizada mediante apresentação da respectiva proposta de adesão, devidamente preenchida e assinada pelo proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, contendo os elementos essenciais para análise e aceitação do risco, além de estar acompanhada dos demais documentos previstos no contrato de seguro, salvo nos casos de contratação obrigatória previstos em lei. Caberá ao Estipulante ou Subestipulante, mediante protocolo, entregá-los à KAPAM SEGURADORA, ou ao Representante de Seguros.

5.2 ADESÃO À APÓLICE COLETIVA: LIMITE DE IDADE

Na adesão ao seguro deverão ser respeitados os critérios e limites de idade e capital segurado contidos do contrato de seguro, sendo que:

- a) Caso o proponente possua idade inferior a 18 (dezoito) anos, deverá ser assistido pelos pais ou representantes legais, que efetivamente assinarão a proposta de adesão.
- b) Aos menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado principal ou dependente, a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob a forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço estejam diretamente relacionados ao sinistro coberto, salvo para as coberturas de doenças graves não infecciosas ou doenças congênitas, desde que não suscetíveis a serem provocadas intencionalmente.

5.3 ADESÃO À APÓLICE COLETIVA: ACEITAÇÃO NA ADESÃO

A aceitação da proposta de adesão está sujeita à análise do risco, que será realizada com base em critérios de subscrição da KAPAM SEGURADORA, durante processo com prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, cuja contagem iniciará no dia seguinte ao protocolo da proposta de adesão, contendo os elementos essenciais para análise e aceitação do risco, acompanhada dos demais documentos previstos no contrato de seguro, e que terminará com a comunicação ao Estipulante ou ao Subestipulante da decisão pela aceitação ou recusa, formalizada através de comunicado expresso, que em caso de aceitação poderá ser substituído pelo envio do certificado individual, e em caso de recusa deverá conter os motivos da recusa, e seu envio acompanhado da devolução da respectiva proposta de adesão, e nos casos em que a proposta de adesão for acompanhada de pagamento antecipado do valor do prêmio integral ou parcial, deverá conter informação que este valor deverá ser restituído no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos devidamente atualizado nos termos da cláusula 22.3.2 ATRASO NA RESTITUIÇÃO DE PRÊMIO - MULTA, JUROS E ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, deduzindo o valor proporcional ao período entre a data de protocolo e a data da recusa, pois neste período houve cobertura do seguro, e

que o efetivo recebimento do valor do prêmio pela KAPAM SEGURADORA não implica na aceitação da proposta de adesão.

5.3.1 ADESÃO À APÓLICE COLETIVA: DOCUMENTOS E/OU INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Durante o processo de análise do risco de cada proposta de adesão, a KAPAM SEGURADORA poderá solicitar informações complementares, declarações ou esclarecimentos, documentos, laudos ou exames médicos, que possam contribuir no processo de análise do risco, sendo que a contagem do prazo de análise para aceitação será interrompida na data em que o Estipulante ou Subestipulante receber o pedido, mediante protocolo, e retomada no dia subsequente ao recebimento integral, mediante protocolo, na KAPAM SEGURADORA do que fora solicitado.

5.3.2 ADESÃO À APÓLICE COLETIVA: ACEITAÇÃO TÁCITA

Decorrido o prazo máximo para aceitação, apurando-se o efetivo prazo de análise para aceitação considerando o eventual período em que sua contagem ficou suspensa, sem que a KAPAM SEGURADORA tenha se manifestado expressamente comunicando ao Estipulante e/ou ao Corretor sua decisão pela aceitação ou recusa da proposta de adesão, estará automaticamente caracterizada a aceitação tácita da proposta de adesão do seguro.

5.3.3 ADESÃO À APÓLICE COLETIVA: DATA DE ACEITAÇÃO

Será considerada como data de aceitação da proposta de adesão aquela que ocorrer primeiro, entre:

- a) A data do comunicado expresso da KAPAM SEGURADORA contendo sua decisão pela aceitação;
- b) A data de emissão do certificado individual, e de seu envio e/ou disponibilização, devidamente acompanhado destas condições gerais e das condições especiais das coberturas contratadas;
- c) A data de término do prazo máximo para aceitação, quando caracterizada sua aceitação tácita.

5.3.4 ADESÃO À APÓLICE COLETIVA: CERTIFICADO INDIVIDUAL

Após ter sua proposta de adesão aceita, o proponente tornar-se-á segurado e será incluído na apólice coletiva pela KAPAM SEGURADORA, que deverá no prazo de até 15 (quinze) dias corridos, a partir da data de aceitação da proposta de adesão, emitir e, enviar ou disponibilizar, por meio físico ou remoto, o respectivo certificado individual, ao Estipulante, ao Subestipulante e/ou diretamente ao próprio segurado conforme disposto no contrato de seguro.

No certificado individual constarão as coberturas contratadas, seus respectivos capitais segurados, carência e franquia, se houverem, prêmio, período de vigência, respeitando critérios, limites e demais características estabelecidos na proposta de adesão.

5.3.5 ADESÃO À APÓLICE COLETIVA: PROVA DA EXISTÊNCIA DO SEGURO

A existência do seguro prova-se com a exibição do certificado individual, e, na falta dele, por documento comprobatório do pagamento do respectivo prêmio ou por confirmação de quitação do prêmio de seguro enviada pela KAPAM SEGURADORA ou seu representante, inclusive com a utilização de meios remotos.

A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

6 ENCAMPAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA

Neste plano de seguro considera-se encampação a substituição de apólice coletiva, emitida por outra Sociedade Seguradora, ao fim de sua vigência, por nova apólice coletiva emitida pela KAPAM SEGURADORA, sendo que no respectivo contrato de seguro poderá ser dispensada a apresentação de proposta de adesão para todos segurados que constarem na última fatura mensal da Seguradora anterior, nos casos em que o custeio do seguro for não contributivo estipulados por empregadores em favor de seus empregados, desde que as características e critérios definidos no contrato de seguro e na apólice coletiva da KAPAM SEGURADORA não impliquem em ônus, ou dever para os segurados, ou redução de seus direitos.

Após inclusão dos segurados serão emitidos, disponibilizados e/ou enviados os certificados individuais de seguro nos termos da cláusula 5.3.4 ADESÃO À APÓLICE COLETIVA: CERTIFICADO INDIVIDUAL.

7 MIGRAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA

Neste plano de seguro considera-se migração a substituição de apólice coletiva, emitida por outra Sociedade Seguradora, durante sua vigência, por nova apólice coletiva emitida pela KAPAM SEGURADORA, sendo que no respectivo contrato de seguro será dispensada a apresentação de proposta de adesão para todos segurados que constarem na última fatura mensal da Seguradora anterior, pois serão automaticamente aceitos e incluídos na nova apólice coletiva, sendo aplicada carência para os segurados que ainda estiverem cumprindo prazo de carência na Seguradora anterior, em novas coberturas contratadas e no eventual aumento de capital segurado na nova apólice da KAPAM SEGURADORA.

Em seguros não contributivos estipulados por empregadores em favor de seus empregados, será dispensada a anuência previa e expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado na apólice anterior desde que não haja modificação que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos. Neste caso, está dispensada a proposta de adesão à nova apólice coletiva.

Após inclusão dos segurados serão emitidos, disponibilizados e/ou enviados os certificados individuais de seguro nos termos da cláusula 5.3.4 ADESÃO À APÓLICE COLETIVA: CERTIFICADO INDIVIDUAL.

8 MEIOS REMOTOS NA CONTRATAÇÃO E NA ADESÃO

A KAPAM SEGURADORA disponibilizará as condições contratuais por meio físico ou remoto, por ocasião da emissão da apólice coletiva, do contrato de seguro, e/ou do certificado individual do seguro.

Quando a contratação se der por meios remotos, será disponibilizada pela KAPAM SEGURADORA a possibilidade de impressão e/ou download pelo segurado, pelo Estipulante, pelo Subestipulante e/ou por seu Corretor, devidamente identificado por login e senha, da apólice coletiva, contrato de seguro, certificado individual e endossos.

8.1 MEIOS REMOTOS: ASSINATURA POR CERTIFICADO DIGITAL

A proposta de contratação, a proposta de adesão, o contrato de seguro, e demais documentos deste plano de seguro poderão ser assinados por meio de certificado digital, e seus arquivos eletrônicos encaminhados por meios remotos.

8.2 MEIOS REMOTOS: DIREITO DE ARREPENDIMENTO

Na contratação por meios remotos ou através de representantes de seguros, o Estipulante ou o segurado poderá desistir (arrepender-se) do seguro no prazo de 7 (sete) dias corridos, a contar da data de emissão da apólice coletiva ou do certificado individual, respectivamente, ou ainda da data do pagamento do prêmio, quando esta for posterior a de emissão.

A comunicação do arrependimento poderá ser realizada através do meio utilizado para contratação, sem prejuízo de quaisquer outros meios disponibilizados para contato, desde que forneça protocolo da solicitação do Estipulante ou do segurado, sejam eles remotos ou não, ou ainda mediante requerimento físico entregue à KAPAM SEGURADORA, ou ao Representante de Seguros.

A KAPAM SEGURADORA ou seu representante fornecerá ao segurado a confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo proibida, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.

Caso o segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, serão devolvidos, de imediato, caso o arrependimento seja formalizado ao Representante de Seguros que disponibilize esta opção, nos demais casos a devolução ocorrerá no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados a partir do protocolo da solicitação.

A devolução será realizada ao próprio segurado, pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio do seguro, ou seja, por meio de crédito na conta bancária indicada pelo segurado, ou por meio de estorno no cartão de crédito utilizado para pagamento do seguro, todavia, nos casos em que o seguro for contratado com outra forma de pagamento, a devolução poderá ser efetuada

por meio de ordem de pagamento mediante solicitação do segurado, ou ainda, nos representantes de seguro, poderá ser oferecida opção de ressarcimento dos valores em espécie.

9 COBERTURAS

9.1 COBERTURAS: ÂMBITO GEOGRÁFICO

Considera-se como âmbito geográfico de todas as coberturas previstas nestas condições gerais todo o globo terrestre, exceto nas coberturas que em suas condições especiais restringirem o âmbito geográfico da cobertura ao território brasileiro.

9.2 COBERTURAS: NO PRODUTO COMERCIAL, NO CONTRATO E NA APÓLICE COLETIVA

Este plano de seguro não possui cobertura básica, sendo possível ao Estipulante efetuar a contratação de forma isolada ou conjunta das coberturas oferecidas, observando as restrições listadas na cláusula 9.4 COBERTURAS: RISCOS COBERTOS, sendo que somente a(s) cobertura(s) efetivamente contratada(s) pelo Estipulante será(ão) expressamente indicada(s) na proposta de contratação, no contrato de seguro e na apólice coletiva, e por consequência serão as únicas que estarão acessíveis ao grupo segurável, desde que respeitados os critérios, limites e demais características previstas no contrato de seguro, sendo que somente a(s) cobertura(s) efetivamente contratada(s) pelo segurado será(ão) expressamente indicada(s) no respectivo certificado individual de seguro, com o(s) respectivo(s) capital(is) segurado(s), carência (se houver), franquia (se houver), critérios, limites e demais características previstas no contrato de seguro.

9.3 COBERTURAS: DA FORMA DE INDENIZAÇÃO E DO CAPITAL SEGURADO

As coberturas deste plano de seguro estão estruturadas na modalidade de benefício definido, e no regime financeiro de repartição simples, sendo que os valores do capital segurado, serão indenizados numa única parcela com valor integral, ou em parcelas periódicas conforme previsto nas condições especiais de cada cobertura, sendo que o(s) valor(es) do(s) respectivo(s) prêmio(s), estabelecidos previamente ao momento da contratação, constarão na proposta de adesão e certificado individual do seguro.

Todos os valores constantes nos documentos que integram este plano de seguro serão expressos em moeda corrente nacional, vedada à utilização de unidade monetária de qualquer outra natureza, e o pagamento da indenização de qualquer cobertura se dará apenas no território nacional e em moeda nacional.

As condições especiais das coberturas oferecidas neste plano de seguro poderão admitir, as seguintes opções para fins de indenização:

- a) por meio de pagamento em dinheiro, no valor do capital segurado contratado ou;

- b) sob a forma de reembolso, mediante apresentação das notas fiscais originais, ou ainda;
- c) através da prestação de serviços por meio de prestadores integrantes de rede referenciada pela KAPAM SEGURADORA, cuja lista atualizada estará disponível para consulta no site da Seguradora, ou prestadores devidamente regulamentados escolhidos livremente pelo segurado ou pelo beneficiário, sendo dispensada comunicação previa à efetivação das despesas relacionadas a evento coberto pelo seguro.

9.4 COBERTURAS: RISCOS COBERTOS

Para fins deste seguro, consideram-se Riscos Cobertos aqueles expressamente convencionados nas condições especiais de cada cobertura integrante deste plano de seguro, abaixo mencionadas:

- a) Morte (M)
- b) Morte Acidental (MA)
- c) Morte Acidental - Vítima de Crime (MA-VC)
- d) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- e) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
- f) Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas (DMHO)
- g) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Antecipação (IFPD - Antecipação)
- h) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Autônoma (IFPD - Autônoma)
- i) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença - Autônoma (ILPD - Autônoma)
- j) Diárias por Internação Hospitalar (DIH)
- k) Diárias por Internação Hospitalar em UTI (DUTI)
- l) Diárias por Internação Hospitalar decorrentes de Acidentes Pessoal (DIH-AP)
- m) Diárias por Internação Hospitalar em UTI decorrentes de Acidente Pessoal (DUTI-AP)
- n) Diárias por Incapacidade Temporária (DIT)
- o) Diárias por Incapacidade Temporária decorrentes de Acidente Pessoal (DIT-AP)
- p) Diárias por Incapacidade Temporária decorrentes de Acidente Pessoal - Auxílio Alimentação (DIT-AP-Aux-Alim)
- q) Diárias por Incapacidade Temporária decorrentes de Acidente ocorrido no horário de trabalho - ~~Cesta básica~~ - Auxílio Alimentação (DIT-APT-Aux-Alim)
- r) Transplantes e Doenças Graves (TDG)
- s) Diagnóstico de Câncer (Diag-Cancer)

- t) Adiantamento por Doença Terminal (ADT)
- u) Rescisão Contratual por Morte (RCM)
- v) Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA)
- w) Rescisão Contratual por Invalidez por Acidente ou Doença (RCINV)
- x) Cesta Natalidade - Necessidades Básicas (Cesta Nat - NB)
- y) Cesta Natalidade - Despesas Extras (Cesta Nat - DE)
- z) Doença Congênita de Filhos (DCF)
- aa) Nascimento Prematuro de Filhos (NPF)
- bb) Morte Filhos Póstumos (M-FP)
- cc) Auxílio Alimentação (Aux-Alim)
- dd) Auxílio Despesas Diversas (Aux-Desp)
- ee) Auxílio Despesas Diversas por Morte Acidental (Aux-Desp MA)
- ff) Despesas com Adaptação em caso de Invalidez por Acidente (Desp-ADPT-IPA)
- gg) Despesas com Diárias de Afastamento por Invalidez por Acidente ou Doença (Desp-DAF-INV)
- hh) Auxílio Funeral (Aux-Fun)
- ii) Auxílio Funeral Dedutível da Morte (Aux-Fun-Ded)
- jj) Auxílio Família - Morte (Aux-Fam)
- kk) Auxílio Especial por Acidente (Aux-Esp-AP)
- ll) Auxílio em caso de Acidente Excepcional (Aux-Excep-AP)
- mm) Auxílio Medicamentos decorrentes de Acidente Pessoal ocorrido no Horário de Trabalho (Aux-Med-APT)

As coberturas de Morte Acidental (MA) e Morte Acidental - Vítima de Crime (MA-VC) não podem ser contratadas simultaneamente.

As coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não podem ser contratadas simultaneamente.

As coberturas Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Antecipação (IFPD - Antecipação) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Autônoma (IFPD - Autônoma) não podem ser contratadas simultaneamente.

As coberturas de Diárias por Incapacidade Temporária (DIT), Diárias por Incapacidade decorrentes de Acidente Pessoal (DIT-AP), Diárias por Incapacidade Temporária decorrentes de Acidente Pessoal - Auxílio Alimentação (DIT-AP-AUX-ALIM) e Diárias por Incapacidade decorrentes de Acidente Pessoal ocorrido no horário de trabalho - Auxílio Alimentação (DIT-APT-AUX-ALIM) não podem ser contratadas simultaneamente.

As coberturas de Diárias por Internação Hospitalar (DIH) e Diárias por Internação Hospitalar decorrentes de Acidente Pessoal (DIH-AP) não podem ser contratadas simultaneamente.

As coberturas de Diárias por Internação Hospitalar em UTI (DUTI) e Diárias por Internação Hospitalar em UTI decorrentes de Acidente Pessoal (DUTI-AP) não podem ser contratadas simultaneamente.

As coberturas de Rescisão Contratual por Morte (RCM) e Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA) não podem ser contratadas simultaneamente.

As coberturas de Auxílio Funeral (Aux-Fun) e Auxílio Funeral Dedutível da Morte (Aux-Fun-Ded) não podem ser contratadas simultaneamente.

As coberturas Diárias por Incapacidade Temporária (DIT), Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP), Diárias por Incapacidade Temporária decorrentes de Acidente Pessoal - Auxílio Alimentação (DIT-AP-AUX-ALIM), Diárias por Incapacidade decorrentes de Acidente Pessoal ocorrido no horário de trabalho - Auxílio Alimentação (DIT-APT-AUX-ALIM), Doenças Congênitas de Filhos (DCF), Rescisão Contratual por Morte (RCM), Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), Rescisão Contratual por Invalidez por Acidente ou Doença (RCINV), Cesta Natalidade - Necessidades Básicas (CESTA NAT - NB), Cesta Natalidade - Despesas Extras (CESTA NAT - DE), Nascimento Prematuro de Filhos (NPF), Morte Filhos Póstumos (M-FP), Despesas com Diárias de Afastamento por Invalidez por Acidente ou Doença (DESP-DAF-INV), Morte - Auxílio Família (AUX-FAM), Auxílio Medicamentos decorrentes de Acidente Pessoal ocorrido no Horário de Trabalho (AUX-MED-APT) não poderão ser extensivas aos segurados dependentes.

9.5 COBERTURAS: CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE, FILHOS E DEPENDENTES

Esta cláusula permite, como segurado dependente, a inclusão no seguro do cônjuge ou companheiro(a), filho(a) ou enteado(a), pai, mãe, sogro, sogra e outros dependentes aceitos pela receita federal na Declaração Anual de Imposto de Renda (IRPF) desde que respeitando os critérios previstos no contrato de seguro, no mínimo em uma e no máximo em todas as coberturas do respectivo segurado principal, e seus prêmios serão contabilizados nos mesmos ramos das respectivas coberturas do segurado principal.

Não poderão participar na condição de segurado dependente os cônjuges e companheiros(as), pais, mães, sogro, sogra ou outros tipos de dependentes que façam parte do grupo segurado como segurado principal.

Quando os segurados principais tiverem dependentes comuns, estes somente podem ser incluídos uma única vez, considerando-se, na forma de inclusão automática, como dependentes daquele de maior capital segurado na soma das coberturas principais.

Os prêmios relativos aos segurados dependentes serão recolhidos juntamente com os prêmios dos segurados principais.

Os capitais segurados dos segurados dependentes, em qualquer cobertura, não podem ser superiores aos capitais do segurado principal.

9.6 COBERTURAS: RISCOS COBERTOS NO CERTIFICADO DE SEGURO

Consideram-se riscos cobertos pelo certificado individual aqueles previstos nas condições especiais de para cada cobertura, que tenha sido efetivamente contratada pelo segurado.

10 RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste plano de seguro os eventos causados por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo, praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro, bem como os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência:

- a) de toda e qualquer doença e/ou lesão com diagnóstico anterior ao início de vigência da cobertura individual e não declarada no momento da adesão ou diagnosticada durante o período de carência;**
- b) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- c) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências, ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- d) de erupções vulcânicas, queda de meteoritos, incêndios naturais, nevascas, nevascas extremas, avalanches, desmoronamentos, deslizamentos de terra, tempestades de areia ou de poeira, tufões, furacões, tornados, ciclones, terremotos, tremores de terra, maremotos, tsunâmis, ressacas, enchentes ou inundações por água de chuva, do mar, de rio, de lago, de represa ou de adutora;**
- e) de suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura individual do seguro;**
- f) de epidemia, endemias ou pandemias, declaradas por órgão competente;**
- g) de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;**
- h) de choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto;**
- i) despesas com gravidez, parto ou aborto e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;**
- j) de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.**

As exclusões específicas de cada cobertura, se existentes, estarão inseridas após a descrição dos riscos cobertos nas respectivas condições especiais.

11 CARÊNCIA

Nas condições especiais de cada cobertura disponível neste plano de seguro consta a descrição das características de sua carência, sendo que o período de carência adotado nas coberturas contratadas, se houver, será estabelecido na proposta de contratação, na apólice coletiva, no contrato de seguro, na proposta de adesão, e no certificado individual. A carência adotada poderá ser total ou parcial, sendo seu período contínuo do tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual de cada segurado, ou da data de sua reabilitação (recondução) depois de suspenso, também será aplicado período de carência após o início de vigência de aumento de capital segurado, em relação à parte aumentada.

Em caso de sinistro durante o período de carência, o segurado e/ou o(s) beneficiário(s) não terão direito à indenização integral ou parcial do capital segurado contratado, pois a KAPAM SEGURADORA estará isenta de qualquer responsabilidade de indenizá-los neste período, salvo quando a carência for parcial.

O pagamento antecipado do prêmio do seguro não elimina a carência estabelecida para o seguro.

O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder à metade do prazo de vigência da cobertura estabelecido no certificado individual.

Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de início de vigência da cobertura individual.

Em caso de encampação, migração ou renovação de apólice coletiva, para todos os segurados que estavam cobertos pela apólice anterior não será iniciado novo prazo de carência em relação às coberturas e aos valores dos capitais segurados que já possuíam na apólice anterior. Os segurados que já haviam cumprido integralmente o período de carência na apólice anterior estarão cobertos a partir do início de vigência da nova apólice, os demais segurados serão incluídos na nova apólice e continuarão cumprindo o período de carência iniciado na apólice anterior.

12 FRANQUIA

A existência de franquia será prevista nas condições especiais das coberturas deste plano de seguro, e o período de franquia das coberturas contratadas, se houver, será estabelecido na proposta de contratação, na apólice coletiva, no contrato de seguro, na proposta de adesão, e no certificado individual.

O período de franquia, se houver, será contado a partir da data de ocorrência do evento.

13 CAPITAL SEGURADO

O valor do capital segurado estabelecido para cada cobertura contratada pelo segurado, constará no respectivo certificado individual de seguro, onde será expresso em moeda corrente nacional, e representa o limite máximo de responsabilidade da KAPAM SEGURADORA, sendo o valor máximo a ser indenizado por sinistro.

Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos para o capital segurado de cada cobertura apurados na data do evento estabelecida nas respectivas condições especiais.

13.1 CAPITAL SEGURADO: ACÚMULO DE RISCO

Neste plano de seguros as indenizações previstas por coberturas diferentes não se acumulam, quando em consequência do mesmo evento gerador, por isto:

- a) Caso depois de um acidente ocorrer o pagamento de uma indenização por Invalidez Permanente, em qualquer grau, seja na cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), ou na cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), e verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, do valor devido para indenização pelas coberturas de Morte (M), Morte Acidental (MA) e Morte Acidental – Vítima de Crime (MA-VC) será deduzida a importância já paga por invalidez permanente.
- b) No caso da morte de segurado com idade inferior a 14 (quatorze) anos, o reembolso das despesas com funeral ocorrerá apenas uma única vez.

13.2 CAPITAL SEGURADO: INDENIZAÇÃO E REINTEGRAÇÃO

Após a liquidação de cada sinistro, o capital segurado da cobertura acionada pelo sinistro, será sempre, automaticamente, reduzido, do valor de toda e qualquer indenização efetuada, passando a limitar-se ao valor remanescente, com efeitos a partir da data de ocorrência do sinistro pago, não tendo o segurado direito à restituição do prêmio correspondente àquela redução.

O capital segurado da cobertura acionada pelo sinistro, respeitando o previsto nas respectivas condições especiais, poderá sofrer reintegração automática ou facultativa:

- a) Reintegração Automática: O capital segurado será restabelecido ao valor contratado, sem cobrança adicional de prêmio.
- b) Reintegração Facultativa: Após o beneficiário receber a indenização, no prazo de até 15 (quinze) dias corridos, o segurado poderá solicitar a reintegração do capital segurado ao valor contratado.

A KAPAM SEGURADORA terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, a contar do recebimento do pedido, para manifestar sua recusa, ou enviar cobrança de

prêmio adicional, calculado a partir da data da ocorrência do sinistro pago até o término de vigência da cobertura individual.

14 VIGÊNCIA DO SEGURO

A apólice coletiva, o contrato de seguro, a proposta de adesão, o certificado individual de seguro, os endossos, e demais documentos contratuais, conterão as datas e os horários de início e término da vigência do seguro. Na falta de indicação expressa do horário de início e término de vigência do seguro será considerado às 24:00 (vinte e quatro) horas, das datas para tal fim neles indicadas.

O prazo de vigência do seguro mencionado na proposta de contratação e na apólice coletiva deverá respeitar o período mínimo de 01 (um) mês.

14.1 INÍCIO DE VIGÊNCIA: DO CERTIFICADO INDIVIDUAL DO SEGURO

14.1.1 COM PAGAMENTO ANTECIPADO DE PRÊMIO

Toda proposta de adesão que for recebida pela KAPAM SEGURADORA acompanhada do pagamento antecipado, no valor total ou parcial do prêmio, por consequência direta, no respectivo certificado individual do seguro, constará como data de início de vigência a data de protocolo do recebimento da proposta de adesão pela KAPAM SEGURADORA.

14.1.2 SEM PAGAMENTO ANTECIPADO DE PRÊMIO

Toda proposta de adesão que for recebida pela KAPAM SEGURADORA sem pagamento antecipado, no valor total ou parcial do prêmio, por consequência direta, no respectivo certificado individual do seguro, constará como data de início de vigência a data de aceitação da proposta de adesão, ou data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

14.2 TÉRMINO DE VIGÊNCIA: DO CERTIFICADO INDIVIDUAL DO SEGURO

O término de vigência da cobertura individual estará definido no certificado individual.

15 ALTERAÇÃO DO SEGURO

15.1 ALTERAÇÃO DO SEGURO: APÓLICE COLETIVA E CONTRATO DE SEGURO

A apólice coletiva e/ou o contrato de seguro poderá(ão) ser alterado(s) a qualquer momento, desde que formalizada mediante aditivo ou endosso com a concordância expressa do Estipulante, do Corretor e da KAPAM SEGURADORA.

Caso a alteração implique para os segurados, em ônus, dever adicional, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

15.2 ALTERAÇÃO DO SEGURO: CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

Qualquer alteração no certificado individual de seguro em vigor somente poderá ser realizada com a concordância expressa do segurado ou de seu representante legal.

15.2.1 ALTERAÇÃO A PEDIDO DO SEGURADO

O segurado poderá solicitar a qualquer tempo alteração em seu seguro, respeitando as condições contratuais, ficando a aceitação da alteração sujeita às mesmas condições estabelecidas para aceitação de sua adesão e ingresso no seguro.

16 ATUALIZAÇÃO DE VALORES

Os valores dos capitais segurados, diárias seguradas e dos prêmios que constarem na apólice coletiva, no contrato de seguro, no certificado individual de seguro, faturas, endossos, e demais documentos que integram este seguro, serão expressos em moeda corrente nacional, vedada à utilização de unidade monetária de qualquer outra natureza, sendo que para todas as coberturas a atualização monetária dos capitais e prêmios ocorrerá anualmente, na data do aniversário da apólice coletiva, salvo quando na proposta de contratação e no contrato de seguro constar outro critério e/ou periodicidade, observando que:

- a) nas apólices coletivas com vigência igual ou inferior a um ano não se aplicará esta cláusula de atualização de valores;
- b) nas apólices coletivas com opção pelo pagamento do prêmio único, à vista, os capitais segurados serão atualizados monetariamente desde o início de vigência da cobertura individual até a data de ocorrência do evento coberto;
- c) nas apólices coletivas onde os capitais segurados e/ou diária seguradas são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão recalculados conforme a variação dos salários dos segurados, no momento em que o Estipulante ou Subestipulante comunicar à KAPAM SEGURADORA.

16.2 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR

Neste plano de seguro a atualização monetária, quando cabível, será realizada com base na variação positiva do IPCA/IBGE - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

A atualização monetária somente será aplicada caso a variação do índice seja positiva caso contrário o valor devido não sofrerá atualização monetária e permanecerá inalterado.

Fica estabelecido que em caso de extinção do IPCA/IBGE, será considerado para efeito desta cláusula o IGPM/FGV - Índice Geral de Preços ao Mercado da Fundação Getúlio Vargas.

O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

17 RENOVAÇÃO DO SEGURO

A renovação automática da apólice coletiva só poderá ser feita uma única vez e por igual período, salvo se a KAPAM SEGURADORA ou o Estipulante, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência de no mínimo, 30 (trinta) dias da data do final de sua vigência, comunicar a outra parte, o desinteresse pela renovação do seguro.

As demais renovações, desde que não impliquem em alterações com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou redução dos seus direitos, somente ocorrerão se, expressamente acordado entre a KAPAM SEGURADORA e o Estipulante por meio de aditivo de renovação da apólice coletiva, e posterior emissão de nova apólice, ou prorrogação da data de término da apólice vigente.

Para a renovação, caso seja necessário implementar alteração que implique em ônus ou dever adicional para os segurados ou a redução de seus direitos, a emissão do aditivo de renovação dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

Este seguro é por prazo determinado tendo a KAPAM SEGURADORA a faculdade de não renovar a apólice ao término de sua vigência, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice, independente do tempo de relação contratual.

Caso a apólice coletiva não seja renovada, a cobertura de cada segurado cessará automaticamente no final do prazo de vigência do respectivo certificado individual mesmo que ultrapasse o fim de vigência da apólice coletiva não renovada, uma vez que, neste caso, a apólice coletiva terá sua vigência estendida, pelo Estipulante e pela KAPAM SEGURADORA, até o maior final de vigência especificado nos certificados individuais já emitidos; porém ficará expressamente vedada a emissão de novos certificados individuais durante o período em que a vigência for estendida.

18 CONCORRÊNCIA DE CONTRATOS DE SEGURO

Esta cláusula será aplicada apenas nas coberturas que garantam o reembolso de despesas.

Caso houver outro seguro nesta Seguradora, ou em qualquer outra, que garanta os mesmos interesses contra os mesmos riscos, a responsabilidade pelo reembolso das despesas será dívida entre os seguros, de tal forma que a soma das indenizações pelos diversos seguros não ultrapasse o valor das despesas reembolsáveis realizadas, respeitando os seguintes critérios:

- i. será calculada a indenização devida por cada seguro ativo em nome do segurado como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do segurado e limite máximo de indenização da cobertura;
- ii. será apurada a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes seguradoras, apólices, certificados e bilhetes de seguro, de acordo com o inciso I dessa cláusula;
- iii. se a quantia apurada conforme o inciso II desta cláusula for igual ou inferior ao valor total das despesas reembolsáveis e vinculado às coberturas concorrentes, cada Sociedade Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização, assumindo o segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;
- iv. se a quantia a que se refere o inciso II for maior que o valor total das despesas reembolsáveis e vinculado às coberturas concorrentes, cada Sociedade Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele inciso.

19 TAXA DA APÓLICE COLETIVA

O prêmio de cada certificado individual de seguro corresponderá a soma do valor calculado aplicando-se ao capital segurado de cada cobertura contratada à respectiva taxa, que constará na proposta de contratação e na apólice coletiva.

A KAPAM SEGURADORA efetuará avaliações anuais, na data estabelecida no contrato de seguro ou na proposta de contratação, da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada, com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da apólice coletiva e nos prêmios efetivamente recebidos.

Havendo necessidade de ajustes, a taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da apólice coletiva, **desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedem o final da vigência da apólice coletiva e observando o disposto na cláusula 15 ALTERAÇÃO DO SEGURO.**

20 CUSTEIO DO SEGURO

O custeio do seguro poderá ser contributário ou não contributário, conforme informação fornecida pelo Estipulante na proposta de contratação, que originará a apólice coletiva e o contrato de seguro, e que constará na proposta de adesão, e no certificado individual, sendo considerado:

- a) não contributário: aquele em que os segurados não pagam prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio exclusivamente ao Estipulante ou Subestipulante;
- b) contributário: aquele em que os segurados participarem no custeio do seguro, parcial ou totalmente sendo que deverá constar:

- i. no contrato de seguro, se o próprio Estipulante ou Subestipulante, ou outra pessoa jurídica por ele indicada, assumirá o papel de Consignante, e será responsável por recolher o valor correspondente, a participação dos segurados no custeio do seguro, e repassá-lo à KAPAM SEGURADORA, ou se a própria Seguradora efetuará a cobrança junto ao segurado e ao Estipulante ou Subestipulante no valor do prêmio correspondente a respectiva participação no custeio do seguro, e realizará controle individualizado por segurado com relação a cobrança dos prêmios e de sua inadimplência;
- ii. na proposta de adesão, autorização expressa do segurado para que seja realizada a cobrança do valor correspondente a sua participação no custeio de seu seguro, bem como a indicação do meio de pagamento escolhido pelo segurado, entre as opções previstas no contrato de seguro.

21 PRÊMIO DO SEGURO

Além do prêmio do seguro é vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

21.1 PRÊMIO DO SEGURO: RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DO DOCUMENTO DE COBRANÇA

Considerando o custeio do seguro mencionado na apólice coletiva e no contrato de seguro será definido o responsável pelo pagamento do(s) documento(s) de cobrança do prêmio do seguro, sendo:

- a) Custeio não contributivo: o Estipulante ou Subestipulante será o responsável pelo pagamento do documento de cobrança emitido pela KAPAM SEGURADORA no valor integral do prêmio do seguro.
- b) Custeio contributivo, onde o segurado participa integralmente ou parcialmente do custeio do prêmio, e que o Consignante for o Estipulante ou o Subestipulante: o Estipulante ou Subestipulante, conforme definido no contrato de seguro, será o responsável pelo pagamento do documento de cobrança emitido pela KAPAM SEGURADORA no valor integral do prêmio do seguro.
- c) Custeio contributivo, onde o segurado participa parcialmente no custeio do prêmio e que o Consignante não seja o Estipulante ou Subestipulante: a KAPAM SEGURADORA emitirá dois documentos de cobrança, sendo um contra o Estipulante ou Subestipulante, conforme definido no contrato de seguro, no valor correspondente a sua participação no custeio do seguro, e outro contra o Consignante, no valor correspondente a participação do(s) segurado(s) no custeio do seguro.
- d) Custeio contributivo, sem Consignante: a KAPAM SEGURADORA emitirá documento de cobrança individualizado por segurado, no valor correspondente a sua participação no custeio de seu seguro, utilizará o meio

de pagamento escolhido pelo respectivo segurado, e realizará controle individualizado de inadimplência, por segurado e por parcela.

21.2 PRÊMIO DO SEGURO: OPÇÕES

Neste plano de seguro a KAPAM SEGURADORA disponibiliza as seguintes opções para pagamento do documento de cobrança do prêmio: prêmio único (à vista ou fracionado) ou prêmio periódico (semestral, trimestral, bimestral, ou mensal, entre outras).

Constará no contrato de seguro a opção escolhida pelo Estipulante, e pelo Consignante, bem como as opções que ficarão disponíveis para escolha do segurado, conforme ficar definido o responsável pelo pagamento do documento de cobrança, em função do custeio do seguro adotado na apólice coletiva e no contrato de seguro, conforme disposto na cláusula anterior.

21.2.1 PRÊMIO DO SEGURO: OPÇÃO PRÊMIO ÚNICO

O valor do prêmio único será calculado para a vigência integral do seguro, podendo a KAPAM SEGURADORA oferecer opções para que seja pago à vista ou parcelado, permitindo ao responsável pelo pagamento do documento de cobrança, escolher a quantidade de parcelas, que deseja contratar e que será mencionada no contrato de seguro, sendo que a critério da KAPAM SEGURADORA o valor de cada parcela poderá ser obtido com acréscimo de juros, chamados de adicional de fracionamento, mas sem a cobrança de qualquer valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento e, com a última parcela vencendo antes do término de vigência da cobertura individual. É garantido ao Estipulante, Subestipulante, Consignante e/ou segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, sendo que, nas parcelas cujo valor contempla incidência de juros, ocorrerá redução proporcional no valor dos juros pactuados.

21.2.2 PRÊMIO DO SEGURO: OPÇÃO PRÊMIO PERIÓDICO

O prêmio periódico pode ser calculado para qualquer periodicidade compatível com as características e com a vigência da cobertura individual, podendo a KAPAM SEGURADORA oferecer opções para que seja pago com periodicidade semestral, trimestral, bimestral ou mensal, entre outras.

Na opção de prêmio periódico o pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o pagamento se refere.

21.3 PRÊMIO DO SEGURO: OBRIGAÇÃO DE PAGAMENTO

A obrigação do pagamento do prêmio pelo Estipulante, Subestipulante, Consignante e/ou segurado, quando couber, se dá a partir do dia previsto no documento de cobrança e qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado, o que deve ser feito até a data limite (data do vencimento) prevista para este fim no respectivo documento de cobrança.

Se o sinistro ocorrer dentro do prazo para pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com um feriado bancário, fim de semana, ou dia em que não haja expediente nos meios utilizados pelo Estipulante, Subestipulante, Consignante e/ou segurado, quando couber, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil, após tal data, em que houver expediente em tal meio, sem que haja suspensão de suas coberturas.

21.4 PRÊMIO DO SEGURO: LOCAIS E FORMAS DE PAGAMENTO

A forma, local de pagamento, e a data-limite (data do vencimento), serão indicados pela KAPAM SEGURADORA no documento de cobrança que encaminhará diretamente ao Estipulante, Subestipulante, Consignante e/ou segurado, quando couber, seu representante legal ou por expressa solicitação de qualquer um destes, ao Corretor de seguros, em até 5 (cinco) dias úteis antes da data do vencimento do respectivo documento.

Qualquer que seja a forma de pagamento adotada, a KAPAM SEGURADORA ficará obrigada a manter registro das datas das operações realizadas, da identificação do segurado e do seguro correspondente pelo prazo indicado, em regulamentação específica, para guarda de documentos relativos ao contrato.

21.5 PRÊMIO DO SEGURO: TRIBUTOS

Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar, não podendo haver estipulação expressa.

21.6 PRÊMIO DO SEGURO: RECOLHIDO POR REPRESENTANTE

O recolhimento de prêmios através do representante de seguro, em nome da KAPAM SEGURADORA, ou seja, através da loja, do correspondente de instituição financeira ou outra instituição junto a qual o seguro foi comercializado, poderá ser realizado por meio de procedimento de cobrança regularmente utilizado pelo representante em sua atividade principal, como contas de consumo, carnês, boletos, faturas de cartões de crédito, ou descontos em folha de pagamento, desde que o valor destinado ao prêmio deste plano de seguro esteja perfeitamente identificado, assim como a data e a forma da correspondente quitação.

O pagamento do prêmio ao Representante de Seguros considera-se feito à KAPAM SEGURADORA, a qual fica responsável por todas as obrigações contratuais dele decorrentes.

21.7 PRÊMIO DO SEGURO: ARRECADAÇÃO POR CONSIGNAÇÃO EM FOLHA

Quando no contrato de seguro estiver prevista consignação em folha ou outras formas de arrecadação e repasse de prêmios por intermédio de pessoa jurídica

responsável por esses serviços, esta será considerada “Consignante”, e a ausência do repasse à KAPAM SEGURADORA dos prêmios recolhidos pelo Consignante responsável, que não corresponda à figura do Estipulante ou Subestipulante, não causará qualquer prejuízo aos segurados ou beneficiários, no que se refere às coberturas contratadas e demais direitos contemplados neste plano de seguro, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal da pessoa jurídica que efetuou a arrecadação do prêmio, por consignação em folha, e não o repassou à KAPAM SEGURADORA, conforme acordado.

É vedado ao Estipulante, Subestipulante e ao Consignante recolher dos segurados, a título de prêmio, qualquer valor além daquele fixado pela KAPAM SEGURADORA e a ela devido. Caso o Estipulante, Subestipulante ou Consignante recebam, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada segurado.

Quando a forma de cobrança do prêmio for consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice coletiva, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante solicitação do segurado. O pedido expresso de cancelamento da autorização para desconto em folha de pagamento por parte do segurado retira do Estipulante, Subestipulante e/ou Consignante a obrigatoriedade de cobrança e repasse do respectivo prêmio à KAPAM SEGURADORA.

21.8 PRÊMIO DO SEGURO: FORMAS DE PAGAMENTO

O pagamento do prêmio deverá ser efetuado até as datas limite previstas para esse fim no documento de cobrança.

No momento da contratação a KAPAM SEGURADORA disponibilizará para escolha do responsável pelo pagamento do documento de cobrança as opções dos meios disponíveis para serem utilizados no pagamento dos prêmios deste plano de seguro, sendo todas permitidas e autorizadas pelo Banco Central, seja através de instituição bancária, incluindo seus correspondentes bancários, seja diretamente à KAPAM SEGURADORA ou a seus representantes.

Serão considerados como comprovante de pagamento do prêmio deste seguro, o débito efetuado em conta bancária ou cartão de crédito, a conta de consumo paga, o carnê, a fatura ou o boleto, o recibo de remessa, ou de pagamento bancário, ou postal, ou PIX, entre outros, devidamente compensado, bem como, o comprovante de desconto na ficha financeira do segurado, ou no salário, ou no benefício do INSS, e a identificação mecânica do pagamento no próprio documento de cobrança, ou a confirmação de pagamento encaminhada pela KAPAM SEGURADORA, ou por seu representante, com a utilização de meio remoto.

21.9 PRÊMIO DO SEGURO: NÃO PAGAMENTO

21.9.1 PRÊMIO DO SEGURO: NÃO PAGAMENTO À VISTA OU DA 1ª PARCELA

O não pagamento do prêmio único, à vista, no caso de parcela única, ou o não pagamento da primeira parcela, no caso de prêmio único parcelado, ou ainda, o não pagamento da primeira parcela do prêmio periódico, até a data de vencimento original prevista no documento de cobrança, implicará no cancelamento automático e imediato do seguro independentemente de qualquer notificação, interpelação judicial ou extrajudicial.

21.9.2 PRÊMIO DO SEGURO: NÃO PAGAMENTO DA 2ª PARCELA EM DIANTE

Nas apólices coletivas em que os certificados individuais dos segurados tenham sido incluídos com fracionamento do prêmio único, configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, em até 30 (trinta) dias após a data de vencimento original, a data de término do prazo de vigência do respectivo certificado individual será ajustada de forma proporcional ao prêmio efetivamente pago, na base pro-rata-temporis, pois neste plano de seguro não será adotada a tabela de prazo curto.

Este prazo de 30 (trinta) dias é chamado de prazo de tolerância, concedido pela KAPAM SEGURADORA.

21.9.3 PRÊMIO DO SEGURO: NÃO PAGAMENTO DA 2ª PARCELA EM DIANTE DO PRÊMIO PERIÓDICO

Nas apólices coletivas em que os certificados individuais tenham sido incluídos com prêmio periódico, o não pagamento do prêmio de qualquer parcela, da segunda parcela em diante, em até 30 (trinta) dias após a data de vencimento original, acarretará o cancelamento automático do respectivo certificado individual, a partir da data do final de vigência correspondente ao período do último prêmio pago.

Este prazo de 30 (trinta) dias é chamado de prazo de tolerância, concedido pela KAPAM SEGURADORA.

21.9.4 PRÊMIO DO SEGURO: PRAZO DE TOLERÂNCIA

Considerando o custeio do seguro adotado na apólice coletiva e no contrato do seguro, o Estipulante, Subestipulante e/ou o segurado em atraso com o pagamento do prêmio do seguro será notificado pela KAPAM SEGURADORA e cientificado de que o não pagamento durante o prazo de tolerância de 30 (trinta) dias corridos, após o vencimento original da parcela do prêmio em atraso, acarretará o cancelamento automático do seguro, ou a redução do período de vigência, conforme o caso.

Mediante o pagamento da parcela do prêmio em atraso será interrompida a contagem do prazo de tolerância e não ocorrerá o cancelamento automático.

A ocorrência de evento coberto durante o prazo de tolerância acima citado, permanecendo o prêmio em atraso, implicará no pagamento da indenização

deduzindo o valor da parcela de prêmio atrasado, devidamente atualizado conforme previsto na cláusula 21.9.5 PRÊMIO EM ATRASO: MULTA, JUROS E ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.

21.9.5 PRÊMIO EM ATRASO: MULTA, JUROS E ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Sobre o valor do prêmio devido não pago até a data do vencimento original e considerado em atraso, incidirá:

- a) Multa correspondente a 2% (dois por cento);
- b) Juros de mora de 0,33% (trinta e três centésimos por cento) ao dia, sendo este último encargo aplicado à base pro-rata-temporis, no período entre o dia seguinte a data do vencimento original da parcela de prêmio em atraso e o dia do seu efetivo pagamento;
- c) Atualização monetária nos termos da cláusula 16.2 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original da parcela de prêmio em atraso e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva quitação.

22 CANCELAMENTO DO SEGURO

A KAPAM SEGURADORA reconhece que os direitos dos segurados existentes até a data de rescisão do seguro discriminada no endosso de cancelamento não serão prejudicados.

A apólice coletiva e o contrato de seguro não poderão ser canceladas durante sua vigência unicamente por alegação de alteração da natureza dos riscos realizada pela KAPAM SEGURADORA.

22.1 CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA SEM RESTITUIÇÃO DE PRÊMIO

A apólice coletiva poderá ser cancelada automaticamente e sem restituição dos prêmios pagos, ficando a KAPAM SEGURADORA isenta de qualquer responsabilidade:

- a) a qualquer tempo, por mútuo acordo entre KAPAM SEGURADORA e Estipulante, desde que mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, respeitado o aviso prévio de 30 (trinta) dias;
- b) no final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;
- c) no caso de falência, extinção, liquidação ou desaparecimento do Estipulante/Subestipulante.

22.2 CANCELAMENTO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO SEM RESTITUIÇÃO DE PRÊMIO

O certificado individual de seguro será cancelado e não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações, e não ocorrerá restituição total ou parcial de prêmio, em caso de:

- a) **inadimplência do Estipulante, Subestipulante ou segurado, ou seja, quando não ocorrer o pagamento do prêmio dentro do prazo de tolerância de 30 (trinta) dias após a data de vencimento original, conforme previsto na cláusula 21.9 PRÊMIO DO SEGURO: NÃO PAGAMENTO, não cabendo quaisquer restituições de prêmios anteriormente pagos, independente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial;**
- b) **pagamento no valor integral da indenização pela ocorrência de sinistro em cobertura que em suas condições especiais não permitir a reintegração do capital segurado;**
- c) **atingir o término de sua vigência da cobertura individual, sem que ocorra sua renovação;**
- d) **ocorrer o término da vigência ou cancelamento da apólice coletiva;**
- e) **pedido do segurado nos seguros com pagamento em periodicidade mensal;**
- f) **término do vínculo entre o segurado e o Estipulante ou Subestipulante, seja a KAPAM SEGURADORA comunicada ou não.**

22.3 CANCELAMENTO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO COM RESTITUIÇÃO DE PRÊMIO

O eventual valor a restituir será obtido considerando o prêmio pago, líquido de IOF (Imposto sobre Operações Financeiras), devidamente atualizado conforme previsto na cláusula 16.2 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR, sendo que o valor a restituir será rateado entre o segurado e o Estipulante ou Subestipulante, na proporção em que participarem no custeio do seguro, conforme disposto no contrato de seguro, desde que a restituição não ocorra em até 15 (quinze) dias após a KAPAM SEGURADORA receber a solicitação.

O certificado individual será cancelado e não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações, em caso de:

- a) **pedido do segurado, pois é facultado ao segurado cancelar o seguro a qualquer tempo, sendo que será aplicada atualização monetária nos termos da cláusula 16.2 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR, apurada entre o último índice publicado antes da chegada da solicitação de cancelamento na KAPAM SEGURADORA e o último índice publicado antes da data de sua efetiva devolução ao segurado, desde que a restituição não ocorra em até 15 (quinze) dias após a KAPAM SEGURADORA receber a solicitação.**
 - i. **No caso de seguro com prêmio único (à vista ou fracionado), ou com prêmio periódico em forma diferente de “mensal”, ao atender o pedido de cancelamento formulado pelo segurado, a KAPAM SEGURADORA devolverá parte do prêmio pago, líquido de IOF (imposto sobre operações financeiras), calculada na base pro-rata-temporis, no**

período de vigência a decorrer, ou seja, entre o dia seguinte ao cancelamento e o dia do término de vigência relativa ao prêmio já pago.

- ii. No caso da forma de pagamento por débito em conta corrente, ou cartão de crédito, ou consignação, e não houver tempo hábil para bloquear a cobrança, já programada, da próxima parcela, a KAPAM SEGURADORA incluirá esta parcela nos cálculos do valor a devolver ao segurado.
- b) encerramento do vínculo entre o segurado e o Estipulante ou Subestipulante, o certificado individual de seguro estará automaticamente cancelado, devendo a KAPAM SEGURADORA ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, com a devida atualização monetária nos termos da cláusula 16.2 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR, apurada entre o último índice publicado antes da chegada da solicitação de cancelamento na KAPAM SEGURADORA e o último índice publicado antes da data de sua efetiva devolução ao segurado, desde que a restituição não ocorra em até 15 (quinze) dias após a KAPAM SEGURADORA receber a solicitação.
- c) cancelamento do certificado individual de seguro por iniciativa da KAPAM SEGURADORA, ou quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do certificado individual de seguro, a devolução do prêmio pago, referente ao período a decorrer, será efetuada com a devida atualização monetária nos termos da cláusula 16.2 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR, apurada entre o último índice publicado antes da data do efetivo cancelamento e o último índice publicado antes da data de sua efetiva devolução ao segurado.
- d) recebimento indevido de prêmio, a devolução do prêmio pago, referente ao período a decorrer, será efetuada com a devida atualização monetária nos termos da cláusula 16.2 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR, apurada entre o último índice publicado antes da data de recebimento do prêmio e o último índice publicado antes da data de sua efetiva devolução ao segurado.

22.3.2 ATRASO NA RESTITUIÇÃO DE PRÊMIO - MULTA, JUROS E ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Será considerada restituição em atraso, aquela que não ocorrer no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, a contar do pedido de cancelamento realizado pelo segurado ou pela KAPAM SEGURADORA, ou do recebimento indevido de prêmio.

Sobre o valor da restituição em atraso, além da atualização monetária conforme previsto na cláusula 16.2 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR, incidirá:

- a) Multa correspondente a 2% (dois por cento);
- b) Juros de mora de 0,33% (trinta e três centésimos por cento) ao dia, sendo este último encargo aplicado à base pro-rata-temporis, no período entre o 15º (décimo quinto) dia do prazo máximo e o dia do seu efetivo pagamento

ao segurado, ao Estipulante e/ou Subestipulante, na proporção de sua participação no custeio do seguro.

23 BENEFICIÁRIO

É a pessoa física indicada pelo segurado, a quem será paga a indenização, no valor a que tem direito, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado.

O(s) beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo segurado na proposta de adesão, podendo ser substituídos a qualquer tempo por meio de solicitação formal escrita de próprio punho, contendo no mínimo: número da apólice coletiva, nome e CPF do segurado principal, e indicação de cada beneficiário desejado por meio do nome, grau de parentesco e percentual de participação, devidamente datada, assinada, e protocolada na KAPAM SEGURADORA previamente ao sinistro, não se admitindo a utilização de meios remotos neste procedimento.

Deve ser observado que, não se pode instituir como beneficiário, pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária de um contrato de seguro de pessoas se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

Na análise e regulação do sinistro sempre será considerada a última nomeação de beneficiários recebida pela KAPAM SEGURADORA, antes da ocorrência do sinistro.

Em sendo os beneficiários menores de idade, no momento do pagamento da indenização, esta será paga via assistência ou representação de quem de direito.

É válida a instituição do companheiro(a) como beneficiário, se no momento da designação o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o capital segurado será indenizado conforme previsto no Código Civil Brasileiro.

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

No caso de morte do segurado dependente, incluído de forma automática no seguro, o beneficiário será o segurado principal.

Nas coberturas em que o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, serão considerados como beneficiários as pessoas físicas ou jurídicas que provarem que arcaram com as despesas cobertas mediante apresentação das respectivas Notas Fiscais Originais.

Nas coberturas cuja indenização tenha como finalidade o ressarcimento das despesas de rescisão contratual do segurado, o beneficiário será o Estipulante

ou Subestipulante da apólice coletiva, conforme definido no contrato de seguro, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do segurado, comprovados o vínculo empregatício e as despesas de rescisão contratual.

24 SINISTRO

É o acontecimento do evento garantido como risco coberto pelo seguro e ocorrido durante sua vigência, capaz de acarretar obrigações pecuniárias para a KAPAM SEGURADORA.

24.1 SINISTRO: PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais, isto é, os prazos para o segurado, seu beneficiário ou seus representantes reclamarem o valor do seguro são aqueles determinados em lei (Artigo 206 do Código Civil Brasileiro).

24.2 SINISTRO: COMUNICAÇÃO

Respeitando o prazo prescricionais cabíveis após a ocorrência de sinistro e, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como risco excluído, o Estipulante, o Subestipulante, o segurado, ou o beneficiário, ou seu representante legal, deverá entrar em contato com a KAPAM SEGURADORA para comunicar o sinistro e, enviará, o formulário “Aviso de Sinistro”, acompanhado dos documentos mínimos discriminados nestas condições gerais e nas condições especiais da cobertura que contém o evento gerador do sinistro mencionado nos riscos cobertos.

A KAPAM SEGURADORA ou seu representante fornecerá protocolo que ateste o efetivo recebimento da documentação comprobatória da ocorrência do evento coberto pela cobertura acionada, com indicação de data e hora. O protocolo poderá ser fornecido com a utilização de meios remotos desde que seja possível validar a confirmação de seu recebimento pela pessoa que comunicar o sinistro.

24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS

Estes documentos são imprescindíveis para os processos de análise e regulação do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso surgir dúvida fundamentada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela KAPAM SEGURADORA, sendo que:

- a) Os documentos deverão ser apresentados em original ou cópia autenticada.
- b) As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro e documentos de habilitação, correrão por conta do segurado ou de seu(s) beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela KAPAM SEGURADORA.
- c) Eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistro e que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão a cargo da KAPAM SEGURADORA.
- d) Qualquer pagamento de indenização ou direito à indenização com base no certificado de seguro será concretizado somente após terem sido adequadamente relatadas pelo segurado, ou beneficiário, as características

da ocorrência do sinistro, for devidamente apurada sua causa, natureza e extensão, bem como comprovados os valores a indenizar e o direito de recebê-los, cabendo ao próprio segurado e/ou beneficiário colaborar para que tais requisitos sejam plenamente satisfeitos.

24.2.2 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS COMUNS A TODAS AS COBERTURAS

- a) Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido, assinado, e contendo informações sobre o evento ocorrido, suas causas e consequências, bem como sobre o certificado individual, e cobertura que se pretende acionar.
- b) Documento de identificação do segurado (CPF/CNPJ e RG ou CNH ou Passaporte).
- c) Documento de identificação do beneficiário (CPF/CNPJ e RG ou CNH ou Passaporte).
- d) Comprovante de residência do segurado e do beneficiário no mês do evento;
- e) Comprovante contendo os dados bancários do beneficiário.

Os documentos mínimos específicos de cada cobertura constam nas respectivas condições especiais.

A critério da KAPAM SEGURADORA poderão ser solicitados outros documentos para regulação de sinistros.

A critério da KAPAM SEGURADORA, e desde que previsto no contrato de seguro, poderão ser dispensados alguns documentos mínimos para regulação de sinistros.

24.3 SINISTRO: PRAZO MÁXIMO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

A partir da data do protocolo do último documento mínimo, exigido e necessário para regulação do sinistro da cobertura acionada no sinistro, a KAPAM SEGURADORA terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, para o pagamento da indenização.

A contagem do prazo para pagamento da indenização poderá ser interrompida uma única vez mediante solicitação de informações, esclarecimentos ou documentação complementar, e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que for completamente atendida, e seu recebimento protocolado pela KAPAM SEGURADORA.

A solicitação de qualquer documento comprobatório adicional por parte da KAPAM SEGURADORA, além daqueles definidos nas condições especiais de cada cobertura, deverá estar acompanhada de justificativa fundamentada e ocorrer dentro do prazo máximo para pagamento da indenização.

A solicitação não fundamentada de documentação adicional comprobatória do sinistro, ou fora do prazo máximo previsto nesta cláusula, será ignorada para todos os efeitos na contagem de prazo para pagamento da indenização.

24.4 SINISTRO: PRAZO PARA PAGAMENTO SUSPENSO – DOCUMENTAÇÃO PENDENTE

Serão considerados pela KAPAM SEGURADORA como sinistros com documentação pendente, aqueles:

- a) sem início da contagem de prazo para regulação, por estarem com documentação mínima incompleta, e cujo beneficiário fora informado que a contagem iniciará após o protocolo do último documento.
- b) com a contagem do prazo de regulação suspensa, aguardando a entrega de informações, esclarecimentos ou documentação complementar, já solicitados pela KAPAM SEGURADORA.

24.5 SINISTRO: REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO

As providências ou atos que a KAPAM SEGURADORA tomar, e/ou despesas que efetuar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento de qualquer indenização.

Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultada à KAPAM SEGURADORA a adoção de quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos, entre elas, poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento, ou a extensão de suas consequências.

O segurado acidentado deverá recorrer, imediatamente, às suas custas, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

24.5.1 SINISTRO: PERÍCIA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA a seu critério decidirá pela necessidade de realizar perícia médica no segurado, caso houver dúvida fundada e justificável, para determinar com exatidão o grau e a extensão da invalidez permanente, e/ou do estado de incapacidade física, e neste caso comunicará ao segurado opções de local, data e horário, e arcará com todos os custos relacionados com a perícia.

O perito indicado pela KAPAM SEGURADORA ao examinar o segurado poderá a seu critério solicitar exames, visando comprovar a causa, natureza, diagnóstico, extensão das lesões ou da doença, bem como que o quadro clínico incapacitante é de fato irreversível, nos termos destas condições especiais e das condições gerais.

Os honorários do perito, os custos dos exames, e com transporte do segurado e 01 (um) acompanhante, serão reembolsados pela KAPAM SEGURADORA.

Caso o segurado não comparecer no local e horário agendado para realização da perícia e/ou de exame solicitado pelo perito, a KAPAM SEGURADORA ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.

24.5.2 SINISTRO: JUNTA MÉDICA

No caso de divergências entre o laudo com parecer do perito da KAPAM SEGURADORA e o fornecido pelo Médico que assiste ao segurado, sobre a causa, natureza, extensão de lesões ou da doença. bem como sobre a avaliação e/ou diagnóstico de que o quadro clínico incapacitante atual do segurado é de fato irreversível, a KAPAM SEGURADORA deverá propor formalmente ao segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data em que receber e protocolar o laudo com parecer do perito, a constituição de junta médica, formada por 3 (três) médicos, sendo um o médico que assiste ao segurado, outro o perito nomeado pela KAPAM SEGURADORA, que dentro do prazo de 5 (cinco) dias, deverão em consenso indicar o terceiro médico e ao fazê-lo estarão plenamente cientes que o terceiro médico assumirá a responsabilidade de desempatar o conflito de opiniões, e assinarão declaração que aceitarão sua decisão e que não irão contestá-la. Cada parte arcará com os custos do médico que nomear e com 50% (cinquenta por cento) dos custos do médico desempatador, e a junta deverá se reunir para avaliar o segurado e seus exames no prazo máximo de 15 (quinze) dias a contar da data em que for indicado o médico desempatador.

A KAPAM SEGURADORA e o segurado se comprometem a aceitar a decisão da junta.

24.5.3 SINISTRO: DECISÃO PELO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU RECUSA

Ao final do processo de regulação do sinistro, a KAPAM SEGURADORA finalizará a avaliação do evento gerador conforme critérios previstos nas condições gerais e especiais da cobertura acionada pelo sinistro, e decidirá pelo pagamento da indenização, ou pela recusa, e neste caso comunicará ao segurado e/ou o(s) beneficiário(s) os motivos da recusa, por escrito e dentro do prazo máximo mencionado na cláusula 24.3 SINISTRO: PRAZO MÁXIMO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.

24.5.4 SINISTRO: APURAÇÃO DO VALOR A INDENIZAR

O valor a indenizar por sinistro será apurado pela KAPAM SEGURADORA considerando o capital segurado na data de ocorrência do evento, sendo que será deduzido o valor da franquia (se houver) e, caso o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do certificado individual, as parcelas vincendas do prêmio fracionado (se houverem) serão deduzidas do valor da indenização, excluído o respectivo adicional de fracionamento.

A KAPAM SEGURADORA comunicará ao segurado ou ao(s) beneficiário(s) o valor apurado para indenização, bem como a data prevista para seu pagamento em dinheiro, sendo que, neste caso, a KAPAM SEGURADORA poderá solicitar documentos visando atualizar os dados cadastrais obtidos no momento da contratação, e dados bancários cabíveis e necessários.

24.5.5 SINISTRO: LIQUIDAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

O pagamento da indenização se dará apenas no território brasileiro e em moeda nacional.

A liquidação da indenização será considerada concluída somente após a comprovação do efetivo recebimento do valor em dinheiro pelo beneficiário.

Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do certificado individual de seguro, as parcelas vincendas do prêmio fracionado serão deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

24.5.6 SINISTRO: LIQUIDAÇÃO EM ATRASO - MULTA, JUROS E ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

No caso de não cumprimento do prazo máximo, de 30 (trinta) dias corridos, previsto para o pagamento da indenização, a KAPAM SEGURADORA deverá aplicar sobre o valor devido da indenização:

- a) Multa correspondente a 2% (dois por cento);
- b) Juros de mora de 0,33% (trinta e três centésimos por cento) ao dia, sendo este último encargo aplicado à base pro-rata-temporis, no período entre o dia do término do prazo máximo previsto para o pagamento da indenização e o dia do seu efetivo pagamento ao beneficiário;
- c) Atualização monetária conforme previsto na cláusula 16.2 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR.

Quando a indenização for paga sob a forma de reembolso de despesas, a data de exigibilidade para fins de atualização monetária é a data do efetivo dispêndio pelo segurado ou beneficiário.

Sem prejuízo das cláusulas acima, a KAPAM SEGURADORA deverá arcar com os encargos relacionados à mora do pagamento da obrigação relativos ao período compreendido entre o primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato e a data da efetiva liquidação.

25 SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

Nos seguros de pessoas, a KAPAM SEGURADORA não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.

26 AVISO DE AGRAVAÇÃO DO RISCO DURANTE A VIGÊNCIA DO SEGURO

O segurado está obrigado a comunicar à KAPAM SEGURADORA, logo que saiba e por escrito, qualquer fato suscetível de agravar os riscos cobertos no certificado individual de seguro, sob pena de perder o direito à indenização decorrente das coberturas contratadas, se ficar comprovado que silenciou de má-fé:

- a) A KAPAM SEGURADORA, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco, poderá, mediante

comunicação formal por escrito, dar-lhe ciência de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou ainda, cobrar a diferença de prêmio cabível.

- b) Em caso de cancelamento do seguro, este só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao segurado, devendo ser restituída pela KAPAM SEGURADORA a diferença do prêmio já pago, calculada proporcionalmente ao período a decorrer na base pro-rata-temporis devidamente atualizada conforme previsto na cláusula 16.2 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR, exceto no caso de pagamento mensal, pois neste caso não haverá restituição de prêmio.

27 PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO DO SEGURO

Sem prejuízo do que consta nas demais condições deste seguro e do que em lei esteja previsto, o segurado ou seu beneficiário perderá o direito à indenização, caso:

27.1 PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO DO SEGURO – AGRAVAÇÃO DO RISCO NÃO INFORMADA

O próprio segurado deixar de comunicar qualquer fato que tenha agravado os riscos cobertos por este plano de seguro, nos termos da cláusula 26 AVISO DE AGRAVAÇÃO DO RISCO DURANTE A VIGÊNCIA DO SEGURO.

27.2 PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO DO SEGURO – AGRAVAÇÃO INTENCIONAL DO RISCO

O próprio segurado agravar intencionalmente o risco.

Neste plano de seguro o segurado e/ou seu beneficiário perderá o direito a indenização nos sinistros em que for demonstrado de forma inequívoca, pela KAPAM SEGURADORA, por meio de evidência, perícia, laudo técnico, médico e/ou exames, que entre as causas determinantes para ocorrência do evento estão ações do segurado que configuram agravação intencional do risco para ocorrência do sinistro.

27.3 PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO DO SEGURO – ATOS ILÍCITOS DOLOSOS / FRAUDE

Se o próprio segurado, ou seus beneficiários, ou seus representantes legais, e quando estes forem pessoa jurídica, seus respectivos sócios controladores, ou seus dirigentes, ou seus administradores, ou ainda, seus prepostos, visando obter benefícios indevidos do presente plano de seguro, praticarem atos ilícitos dolosos ou contrários à lei, ou ainda, agirem com dolo, má fé, ou por culpa grave equiparável ao dolo, ou for comprovada fraude ou sua tentativa, no processo de contratação do seguro, durante toda a vigência da cobertura individual, e/ou no processo de sinistro, haverá perda no direito à indenização, bem como caso houver:

- a) **recusa em fornecer a documentação, informações ou esclarecimentos solicitados pela KAPAM SEGURADORA.**
- b) **omissão de informações solicitadas pela KAPAM SEGURADORA, ou ocorrer inexatidão em suas declarações, que possam influenciar na regulação do sinistro para obter, ou majorar a indenização, ou influenciar na análise de aceitação do risco, por exemplo não informando na “Declaração Pessoal de Saúde e Atividade” eventual doença pré-existente de conhecimento do segurado no momento do envio da proposta de adesão.**
- c) **para obter ou aumentar a indenização, praticarem:**
 - i. **simulação de acidente ou agravamento das suas consequências;**
 - ii. **fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;**
 - iii. **atitudes que caracterizem tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da KAPAM SEGURADORA na elucidação do evento coberto.**

Além de perderem o direito a indenização, a apólice coletiva e/ou o certificado individual, conforme o caso, será cancelado, sem direito a restituição total ou parcial do prêmio já pago.

27.4 PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO DO SEGURO - DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMISSÕES

Se o próprio segurado, e/ou seu representante legal, e/ou seu Corretor de seguros, fizer(em) declarações inexatas, e/ou omitir(em) circunstâncias, informações ou esclarecimentos, de seu conhecimento e solicitados pela KAPAM SEGURADORA, que poderiam ter influído na aceitação e contratação do seguro, e/ou na determinação do valor do prêmio, ou ainda no processo de regulação do sinistro, além de ficar prejudicado o direito à indenização, ocorrerá o cancelamento do seguro, sem direito a restituição total ou parcial do prêmio já pago, e segurado estará obrigado ao pagamento do prêmio vencido, salvo se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má fé, pois neste caso a KAPAM SEGURADORA poderá:

- a) **na hipótese de não ocorrência do sinistro:**
 - i. **cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
 - ii. **mediante acordo com o segurado, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível e/ou restringir abrangência e termos nas condições especiais da cobertura contratada.**
- b) **na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral:**
 - i. **cancelar o seguro após o pagamento da indenização parcial, retendo o prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença**

ii. permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado, e restringindo a abrangência da cobertura para novos eventos.

i. cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

Os direitos, obrigações e responsabilidades do Estipulante, serão previstos no contrato de seguro firmado com a KAPAM SEGURADORA, e o Estipulante atuará de acordo com os poderes delimitados no respectivo contrato, onde constará sua remuneração, a título de pró-labore, se houver, bem como a cláusula de Excedente Técnico nos termos pactuados.

29 REPRESENTANTE DE SEGUROS: DIREITOS, OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES

Na apresentação deste plano de seguro aos integrantes do público-alvo o Representante de Seguros, deverá fazer constar, obrigatoriamente, de forma clara e ostensiva, o termo “opcional”.

A propaganda e a promoção do seguro por parte do Representante de Seguro e/ou do Corretor de seguros somente poderão ser realizadas com autorização prévia, expressa e, sob a supervisão da KAPAM SEGURADORA, respeitadas rigorosamente estas condições gerais, as condições especiais, as demais

condições contratuais, e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente, ficando a KAPAM SEGURADORA responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações efetuadas através das peças promocionais e de publicidade do produto, garantindo aos segurados todos os direitos e condições ali elencados, bem como a transparência de todo o processo.

A KAPAM SEGURADORA é responsável direta ou indiretamente pelas informações e serviços prestados por seus intermediários e por todos aqueles que comercializarem seus produtos.

31 FORO

Fica eleita a Comarca do domicílio do Estipulante, ou do Subestipulante, ou do segurado, ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir, processar, e julgar as eventuais questões judiciais que possam surgir com relação ao presente plano de seguro, e/ou a apólice coletiva e ao contrato de seguro, e/ou ao certificado individual de seguro, renunciando as partes, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

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

32 LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

O segurado reconhece que seus dados pessoais e/ou de saúde foram usados e analisados pela KAPAM SEGURADORA para análise de aceitação do risco, conforme sua autorização fornecida na contratação do seguro, e esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos preditivos e/ou mercadológicos das empresas do nosso grupo econômico, bem como para o fim único da execução do contrato de seguro, ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos ajude no cumprimento do contrato de seguro (por ex. assistência, resseguradora, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, call center, Corretora, Estipulante, etc.). Os dados do segurado serão guardados com todo zelo e cuidado, e mantidos pelo prazo previsto pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

O segurado, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito a obter, em relação aos seus dados tratados pela KAPAM SEGURADORA, a qualquer momento e mediante pedido expresso, pedidos como:

- a) a confirmação da existência de tratamento;
- b) o acesso aos dados;
- c) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados etc.

O segurado está ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais, deverá entrar em contato com a KAPAM SEGURADORA, utilizando qualquer canal de comunicação a sua disposição: SAC, Chat, Whatsapp, e-mail, etc.

A KAPAM SEGURADORA garante e assume o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do segurado além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil.

33 DISPOSIÇÕES FINAIS

Este plano foi estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, cuja natureza técnica, em vista da ausência de constituição de provisões matemáticas passíveis de serem resgatadas, não possibilita devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou ao beneficiário.

A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP à sua comercialização e contratação.

O registro eletrônico de produtos poderá ser substituído por outro mecanismo que permita o acesso da SUSEP aos produtos comercializados, conforme regulamentação específica.

O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros e da Sociedade Seguradora, no site www.susep.gov.br.

As Condições Gerais e Especiais deste plano de seguro encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número do processo constante do certificado individual e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios do seguro ou Indenização, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

Qualquer alteração no contrato de seguro em vigor somente poderá ser realizada com a concordância expressa do segurado ou de seu representante legal, observadas as particularidades aplicáveis aos seguros coletivos que prevê que se a alteração resultar em ônus, dever adicional, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE (M)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao beneficiário, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado, por causas naturais ou acidentais, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o capital segurado especificado no certificado individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Aos segurados menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da KAPAM SEGURADORA, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com o funeral as havidas com traslado, **contudo não estando cobertas as despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.**

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro.

3 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.
- c) Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

Não haverá direito à indenização para eventos ocorridos durante o período de carência.

4 FRANQUIA

Não há.

5 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do falecimento do segurado, comprovada mediante certidão de óbito.

As indenizações de Morte (M), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), se decorrentes do mesmo acidente, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

6 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Certidão de Óbito do segurado;
- b) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- c) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- d) Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- e) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- f) Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima;
- g) Exame(s) de diagnóstico da doença que causou o óbito, se houver;
- h) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados;
- i) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste no Laudo de Exame Cadavérico;
- j) Laudo Pericial do local do acidente, se houver.

6.2 DOCUMENTOS ADICIONAIS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS COM MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS

- a) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas com o funeral do segurado, inclusive com repatriamento do corpo.

- b) Documento de identificação (CPF e RG ou CNH ou Passaporte) da pessoa física que efetuou o pagamento das despesas e que constar nas Notas Fiscais. Caso o custeador das despesas com o funeral for pessoa jurídica, apresentar Cartão CNPJ da Empresa e cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e duas respectivas alterações.

7 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após a ocorrência de sinistro indenizável.

8 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro, inclusive para os segurados dependentes, após indenização de sinistro com o segurado principal decorrente desta cobertura.

Após indenização de sinistro com um dos segurados dependentes, o seguro continuará vigente para o segurado principal e para os demais dependentes, cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

9 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao beneficiário, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado em decorrência de acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o capital segurado especificado no certificado individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Aos segurados menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da KAPAM SEGURADORA, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com o funeral as havidas com traslado, **contudo não estando cobertas as despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.**

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência:

- a) **de qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;**
- b) **de intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- c) **de acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- d) **de acidentes sofridos anteriormente ao início de vigência da cobertura individual, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência;**
- e) **de cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;**
- f) **de perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos medicamentos,**

salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

3 CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

4 FRANQUIA

Não há.

5 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.

As indenizações de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), se decorrentes do mesmo acidente, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

6 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Certidão de Óbito do segurado;
- b) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- c) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- d) Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste no Laudo de Exame Cadavérico;
- f) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- g) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;

- h) Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima.

6.2 DOCUMENTOS ADICIONAIS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS COM MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS

- a) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas com o funeral do segurado, inclusive com repatriamento do corpo;
- b) Documento de identificação (CPF e RG ou CNH ou Passaporte) da pessoa física que efetuou o pagamento das despesas e que constar nas Notas Fiscais. Caso o custeador das despesas com o funeral for pessoa jurídica, apresentar Cartão CNPJ da Empresa e cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e duas respectivas alterações.

7 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após a ocorrência de sinistro indenizável.

8 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro, inclusive para os segurados dependentes, após indenização de sinistro com o segurado principal decorrente desta cobertura.

Após indenização de sinistro com um dos segurados dependentes, o seguro continuará vigente para o segurado principal e para os demais dependentes, cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

9 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL - VÍTIMA DE CRIME (MA-VC)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao beneficiário, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado vítima de crime praticado por terceiro contra a sua pessoa, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o capital segurado especificado no certificado individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para fins desta cobertura, o ato de crime contra a vida do segurado será caracterizado, conforme definições previstas no Código Penal Brasileiro, tendo cobertura do seguro apenas as seguintes modalidades:

- a) **Homicídio simples;**
- b) **Homicídio qualificado;**
- c) **Homicídio culposo; e**
- d) **Aborto provocado por terceiro.**

Aos segurados menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da KAPAM SEGURADORA, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com o funeral as havidas com traslado, **contudo não estando cobertas as despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.**

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, considera-se também como risco excluído o ato de crime perpetrado (crime realizado, cometido ou executado) por parentes de até 4º grau do segurado e/ou do beneficiário. Entende-se como parente de até 4º grau o cônjuge ou companheiro(a), os ascendentes, descendentes e colaterais, tais como: filhos, netos, bisnetos, pais, irmãos, avós, bisavós, tios, sobrinhos, tios avós e sobrinhos netos do segurado.

3 CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

4 FRANQUIA

Não há.

5 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do crime que deu origem ao sinistro.

As indenizações de Morte Acidental - Vítima de Crime (MA-VC), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), se decorrentes do mesmo acidente, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, que tenha sido oriunda de um dos crimes contra a vida do segurado listados nesta cobertura, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo crime, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

6 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Certidão de Óbito do segurado;
- b) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- c) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- d) Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste no Laudo de Exame Cadavérico;
- f) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- g) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- h) Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima.

6.2 DOCUMENTOS ADICIONAIS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS COM MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS

- a) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas com o funeral do segurado, inclusive com repatriamento do corpo;
- b) Documento de identificação (CPF e RG ou CNH ou Passaporte) da pessoa física que efetuou o pagamento das despesas e que constar nas Notas Fiscais. Caso o custeador das despesas com o funeral for pessoa jurídica,

apresentar Cartão CNPJ da Empresa e cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e duas respectivas alterações.

7 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após a ocorrência de sinistro indenizável.

8 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro, inclusive para os segurados dependentes, após indenização de sinistro com o segurado principal decorrente desta cobertura.

Após indenização de sinistro com um dos segurados dependentes, o seguro continuará vigente para o segurado principal e para os demais dependentes, cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

9 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao próprio segurado, de uma única vez, em caso da perda total ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos definidos nestas condições especiais, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o capital segurado especificado no certificado individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para efeito de indenização, consideram-se como Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) os eventos cobertos relacionados abaixo, 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 e, quando da alta médica definitiva:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os braços;
- c) Perda total do uso de ambas as pernas;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um braço e uma perna;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total incurável; e
- i) Nefrectomia bilateral por acidente.

Não ficando abolidas por completo as funções dos membros ou órgãos lesados, a indenização por invalidez permanente total por acidente não será devida pela KAPAM SEGURADORA, independente da percentagem de redução das funções.

Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez pré-existente será percentualmente deduzido para fins de indenização.

A invalidez permanente total deve ser comprovada através de declaração médica.

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertos os danos físicos ocorridos em consequência de:

- a) qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;
- b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- c) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- d) acidentes sofridos anteriormente ao início de vigência da cobertura individual, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência;
- e) cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
- f) a perda de dentes e os danos estéticos, mesmo que decorrentes de acidente coberto, não darão direito a indenização por invalidez permanente total por acidente;
- g) qualquer grau de invalidez sofrida pelo segurado, ainda que decorrente de acidente, desde que provoque sequelas diferentes das discriminadas na Relação dos Eventos Cobertos constante da cláusula 1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS;
- h) quaisquer doenças, mesmo que desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- i) acidentes médicos ou acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações, que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação, conduzidas por pilotos não legalmente habilitados, ou que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar, salvo quando o acidente provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

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

comunicar o sinistro e fornecer os documentos necessários para análise da KAPAM SEGURADORA.

3 CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.**

4 FRANQUIA

Não há.

5 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual de seguro e vigente na data do evento.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.

As indenizações de Morte (M), Morte Acidental (MA), Morte Acidental - Vítima de Crime (MA-VC), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), se decorrentes do mesmo acidente, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

6 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- c) Laudo de Exame de Corpo Delito emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- d) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- e) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- f) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- g) Declaração, relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos

necessários, detalhando a natureza da lesão, a eventual invalidez pré-existente no membro lesionado, o grau de invalidez definitivo e a data da invalidez.

7 PERÍCIA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá solicitar perícia médica nos termos da cláusula 24.5.1 SINISTRO: PERÍCIA MÉDICA das condições gerais deste plano de seguro.

8 JUNTA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá propor junta médica nos termos da cláusula 24.5.2 SINISTRO: JUNTA MÉDICA das condições gerais deste plano de seguro.

9 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil. Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais deste plano de seguro.

10 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após a ocorrência de sinistro indenizável.

11 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Após o pagamento de indenização de sinistro decorrente desta cobertura, ocorrerá a cessação da referida cobertura, para o segurado sinistrado, seja ele o segurado principal ou dependente, permanecendo vigente o certificado individual com as demais coberturas contratadas.

A cessação da cobertura em razão do sinistro indenizado não se aplica aos demais segurados, sejam eles o segurado principal ou dependentes, cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

12 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao próprio segurado, de uma única vez, em caso da invalidez permanente total ou parcial dos membros ou órgãos definidos nestas condições especiais, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o capital segurado especificado no certificado individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para efeito de indenização, consideram-se como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) os eventos cobertos relacionados abaixo, 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 e, quando da alta médica definitiva. O valor da indenização será obtido aplicando-se os percentuais estabelecidos na tabela abaixo sobre o valor do capital segurado contratado para esta cobertura:

Relação dos Eventos Cobertos:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO DOS EVENTOS COBERTOS	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
PERDA 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 incurável	100
PERDA 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 no maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

**TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO DOS EVENTOS COBERTOS	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
PERDA PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	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	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-
PERDA PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	-
	Encurtamento de 5 (cinco) centímetros ou mais de um dos membros inferiores	15
	Encurtamento de 4 (quatro) centímetros de um dos membros inferiores	10
	Encurtamento de 3 (três) centímetros de um dos membros inferiores	6
	Encurtamento de menos de 3 (três) centímetros de um dos membros inferiores	sem indenização

Não ficando abolidas por completo as funções dos membros ou órgãos lesados, a indenização por invalidez permanente parcial por acidente será devida pela KAPAM SEGURADORA, considerando a percentagem de redução das funções mencionado no laudo médico emitido quando da alta médica definitiva multiplicada pela percentagem prevista na Relação dos Eventos Cobertos para os membros ou órgãos lesados.

Caso no laudo médico não constar indicação exata do percentual de redução funcional, apresentando apenas classificação como máximo, médio ou mínimo,

para fins deste plano de seguro será adotada com porcentagem: 75%, 50% e 25%, respectivamente.

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertos os danos físicos ocorridos em consequência de:

- a) qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;**
- b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- c) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- d) acidentes sofridos anteriormente ao início de vigência da cobertura individual, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência;**
- e) cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;**
- f) a perda de dentes e os danos estéticos, mesmo que decorrentes de acidente coberto, não darão direito a indenização por invalidez permanente total ou parcial por acidente;**
- g) qualquer grau de invalidez sofrida pelo segurado, ainda que decorrente de acidente, desde que provoque sequelas diferentes das discriminadas na Relação dos Eventos Cobertos constante da cláusula 1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS destas condições especiais;**
- h) quaisquer doenças, mesmo que desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- i) acidentes médicos ou Acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações, que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação, conduzidas por pilotos não legalmente habilitados, ou que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar, salvo quando o acidente provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de**

serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- j) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.**

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura, e o segurado deverá comunicar o sinistro e fornecer os documentos necessários para análise da KAPAM SEGURADORA.

3 CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

4 FRANQUIA

Não há.

5 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual de seguro e vigente na data do evento.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.

O valor da indenização será obtido aplicando-se ao capital segurado, vigente na data do evento, os percentuais estabelecidos na Relação dos Eventos Cobertos constante da cláusula 1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS destas condições especiais.

Quando do 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).

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

Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, para fins de indenização deste plano de seguro, o grau de invalidez pré-existente será percentualmente deduzido do percentual de invalidez definitiva no momento da alta médica definitiva.

As indenizações de Morte (M), Morte Acidental (MA), Morte Acidental - Vítima de Crime (MA-VC), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e

Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), se decorrentes do mesmo acidente, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

6 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- c) Laudo de Exame de Corpo Delito emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- d) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- e) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- f) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- g) Declaração, relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários, detalhando a natureza da lesão, a eventual invalidez pré-existente no membro lesionado, o grau de invalidez definitivo e a data da invalidez.

7 PERÍCIA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá solicitar perícia médica nos termos da cláusula 24.5.1 SINISTRO: PERÍCIA MÉDICA das condições gerais deste plano de seguro.

8 JUNTA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá propor junta médica nos termos da cláusula 24.5.2 SINISTRO: JUNTA MÉDICA das condições gerais deste plano de seguro.

9 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais deste plano de seguro.

10 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após indenização de sinistro por invalidez permanente total, porém o capital segurado será automaticamente reintegrado após indenização de sinistro por invalidez permanente parcial.

11 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Após o pagamento de indenização de sinistro por invalidez permanente total decorrente desta cobertura, ocorrerá a cessação da referida cobertura, para o segurado sinistrado, seja ele o segurado principal ou dependente, permanecendo vigente o certificado individual com as demais coberturas contratadas.

A cessação da cobertura em razão do sinistro indenizado não se aplica aos demais segurados, sejam eles o segurado principal ou dependentes, cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

12 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento ao beneficiário de indenização por reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, de uma única vez para cada Nota Fiscal original apresentada, decorrentes de acidente pessoal coberto sofrido pelo segurado e, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando como limite máximo do reembolso o valor do capital segurado especificado no certificado individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para efeito de indenização, são consideradas como despesas passíveis de reembolso, as despesas médicas e odontológicas, bem como o valor das diárias hospitalares, realizadas sob orientação médica, para tratamento do segurado iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais contendo a discriminação dos medicamentos e serviços, acompanhadas do respectivo pedido médico, que poderão ser substituídas, a critério da KAPAM SEGURADORA por outros comprovantes satisfatórios.

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

Desde que preservada a livre escolha, a KAPAM SEGURADORA pode estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, para facilitar a prestação da assistência ao segurado.

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS, das condições gerais deste seguro, não estão cobertas e não serão reembolsadas as despesas decorrentes de:

- a) qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;**
- b) prática pelo segurado, mesmo que por indicação médica para auxiliar na recuperação de lesões decorrentes de acidente, de fisioterapia, natação, ginástica, musculação, hidroginástica, hidroterapia, RPG (Reeducação Postural Global), Holfing e Terapia Ocupacional;**

- c) eventos não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- d) intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- e) despesas hospitalares de acompanhantes do segurado;
- f) doenças, inclusive as infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos, mesmo que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto;
- g) internação em Instituição de saúde hidroterápica, ou clínica de métodos curativos naturais, Casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies, clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento, SPAs, ou internação domiciliar (home care);
- h) acidentes médicos ou de acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações, que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação, conduzidas por pilotos não legalmente habilitados, ou que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar, salvo quando o acidente provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
- j) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- k) internações para convalescença, tratamentos estéticos, de rejuvenescimento, emagrecimento, geriátrico, luxações recidiva de qualquer articulação, ou por consequência indesejada decorrente de cirurgia eletiva;
- l) internações decorrentes de ações do segurado contrárias a Lei ou por infrações de trânsito;
- m) aquisição, instalação ou manutenção de aparelhos que se referem às órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- n) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

3 CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.**

4 FRANQUIA

Não há.

5 BENEFICIÁRIO

O beneficiário para fins de reembolso será a pessoa física ou jurídica que se apresentar como sendo aquela que efetuou o pagamento de qualquer das despesas reembolsáveis pela presente cobertura entregando o respectivo comprovante original, acompanhado do respectivo pedido médico.

Caso o segurado, sendo ele o responsável pelo pagamento das despesas reembolsáveis, venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais deste plano de seguro.

6 CAPITAL SEGUADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.

Pelo mesmo acidente, serão reembolsadas despesas cobertas até atingir o limite do capital contratado e especificados no certificado individual.

As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado e respeitando-se o capital segurado.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste Seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Declaração, relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários, detalhando a natureza da situação específica que motivou a internação hospitalar em caráter e urgência ou emergência e, estimativa do período de internação;
- b) Alta médica hospitalar;
- c) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- e) Laudo de Exame de Corpo Delito emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- f) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;

- g) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- h) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- i) Notas fiscais e outros comprovantes originais do pagamento de despesas médicas, hospitalares, odontológicas, farmacêuticas, entre outras, bem como os respectivos pedidos do médico ou a receita médica, e os relatórios do(s) médico(s) assistente(s);
- j) Documento de identificação (CPF e RG ou CNH ou Passaporte) e comprovante de residência da pessoa física que efetuou o pagamento das despesas e que constar nas Notas Fiscais;
- k) Em caso de pagamento de despesas feitas por pessoa jurídica e que conte nas Notas Fiscais: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social.

8 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente, sem necessidade de pagamento de prêmio adicional ou de solicitação do segurado, porém não haverá a reintegração para fins de reembolso de novas despesas em virtude do mesmo evento.

9 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - ANTECIPAÇÃO (IFPD-ANTECIPAÇÃO)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento da antecipação do capital segurado contratado para a cobertura Morte (M) ao próprio segurado, de uma única vez, em caso da invalidez funcional permanente total, em decorrência de doença sofrida pelo segurado, que acarrete a perda da sua existência independente, atestada em declaração médica emitida durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o capital segurado especificado no certificado individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para efeito de indenização, consideram-se como perda da existência independente do segurado, a demonstração realizada por seu médico assistente concluindo que em decorrência da evolução da doença que acomete o segurado, este atingiu novo grau de enfermidade, e encontra-se, em quadro clínico incapacitante e irreversível, que deve ser devidamente caracterizada por parâmetros e critérios impessoais, de forma a deixar evidente que é inviável ao segurado o pleno exercício das relações autonômicas do dia a dia, por si mesmo e totalmente independente, ou seja, sem ajuda de terceiros, mediante comprovação por exames, laudo médico, pontuação no questionário baseado no Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, e desde que não seja possível a reabilitação ou a recuperação do segurado, para o pleno exercício das relações autonômicas do dia a dia, considerando os meios terapêuticos disponíveis no momento da constatação que que quadro clínico incapacitante é de fato irreversível.

Relação dos Eventos Cobertos:

- a) Estão cobertos pelo seguro as seguintes doenças: tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental, esclerose múltipla, hepatopatia grave, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado da doença de Page (osteíte deformante), síndrome da deficiência imunológica adquirida (aids) ou contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada, acidente vascular encefálico, do tipo agudo, abdome agudo cirúrgico, as formas incapacitantes das doenças reumáticas, neuromusculares e osteoarticulares crônicas ou degenerativas, e toda doença que exija permanência contínua no leito;
- b) Outros quadros clínicos incapacitantes poderão ser reconhecidos como riscos cobertos desde que, quando avaliados através do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, que integra estas condições especiais, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um

total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis. O IAIF é composto por duas tabelas:

- Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, que avalia, através de 3 escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida.
 - ✓ 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, enquadrando cada atributo em apenas uma graduação.
 - ✓ Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, que mensura cada uma das situações ali previstas, sendo que os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.
- c) Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeito da cobertura de que trata estas condições especiais, os segurados portadores de doença em fase terminal, atestada por profissional legalmente habilitado.

Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura Morte (M).

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, também se considera como excluídos os casos de quadro clínico incapacitante e irreversível em consequência de:

- a) **direta ou indireta de acidente pessoal;**
- b) **doença cuja evolução natural tenha sido agravada ou acelerada por acidente;**
- c) **doenças ou enfermidades não mencionadas como risco coberto na cláusula 1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS destas condições especiais;**
- d) **toda e qualquer doença e/ou lesão com diagnóstico anterior ao início de vigência da cobertura individual, e não declarada no momento da adesão ou diagnosticada durante o período de carência;**
- e) **toda e qualquer invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua**

constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo segurado;

- f) quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);**
- g) 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;**
- h) doenças agravadas por traumatismos;**
- i) 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;**
- j) quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da Existência Independente do segurado.**

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, comprovação da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença para fins desta cobertura, e o segurado deverá comunicar o sinistro e fornecer os documentos necessários para análise da KAPAM SEGURADORA.

3 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.**
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.**
- c) Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

Não haverá direito à indenização para eventos ocorridos durante o período de carência.

4 FRANQUIA

Não há.

5 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

O percentual de antecipação do capital segurado da cobertura Morte (M) deve ser definido na proposta de adesão, no certificado individual e na proposta de contratação.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data indicada na declaração ou atestado médico, data esta que deu origem ao sinistro.

6 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Declaração, relatório, laudo, ou atestado médico fornecido pelo médico que assiste ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, datada, com carimbo do CRM e firma reconhecida em cartório.

Este documento deverá conter breve histórico indicando o início da doença, ou seja, a data em que esta foi oficialmente diagnosticada, sua evolução ao longo do tratamento, até o momento em que foi constatada a impossibilidade de o segurado executar as atividades rotineiras relacionadas ao pleno exercício das relações autonômicas, sem ajuda de terceiros;

- b) Exames e registros médicos que fundamentam o diagnóstico de que, considerando os meios terapêuticos disponíveis, o quadro clínico incapacitante é de fato irreversível;
- c) Certidão de óbito do segurado, em caso de óbito ocorrido antes do recebimento da indenização;
- d) Formulário INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF fornecido pela KAPAM SEGURADORA e preenchido e assinado pelo mesmo médico, conforme modelo a seguir.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS		
ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º grau: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º GRAU: O segurado apresenta desorientação; necessita de assistência à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda 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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS		
ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONDICÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º grau: O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º grau: O segurado apresenta disfunção (ões) e ou insuficiência (s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º grau: O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º grau: O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE	PONTUAÇÃO
A idade do segurado interfere na análise da morbilidade 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 morbilidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravamento mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou Refratariedade terapêutica.	08

7 PERÍCIA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá solicitar perícia médica nos termos da cláusula 24.5.1 SINISTRO: PERÍCIA MÉDICA das condições gerais deste plano de seguro.

8 JUNTA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá propor junta médica nos termos da cláusula 24.5.2 SINISTRO: JUNTA MÉDICA das condições gerais deste plano de seguro.

9 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil. Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais deste plano de seguro.

10 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após a ocorrência de sinistro indenizável.

11 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro, inclusive para os segurados dependentes, após indenização de sinistro com o segurado principal decorrente desta cobertura, tendo em vista que esta cobertura é uma antecipação da cobertura Morte (M).

Após indenização de sinistro com um dos segurados dependentes, o seguro continuará vigente para o segurado principal e para os demais dependentes, cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

12 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - AUTÔNOMA (IFPD-AUTÔNOMA)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao próprio segurado, de uma única vez, em caso da invalidez funcional permanente total, em decorrência de doença sofrida pelo segurado, que acarrete a perda da sua existência independente, atestada em declaração médica emitida durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o capital segurado especificado no certificado individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para efeito de indenização, consideram-se como perda da existência independente do segurado, a demonstração realizada por seu médico assistente concluindo que em decorrência da evolução da doença que acomete o segurado, este atingiu novo grau de enfermidade, e encontra-se, em quadro clínico incapacitante e irreversível, que deve ser devidamente caracterizada por parâmetros e critérios impessoais, de forma a deixar evidente que é inviável ao segurado o pleno exercício das relações autonômicas do dia a dia, por si mesmo e totalmente independente, ou seja, sem ajuda de terceiros, mediante comprovação por exames, laudo médico, pontuação no questionário baseado no Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, e desde que não seja possível a reabilitação ou a recuperação do segurado, para o pleno exercício das relações autonômicas do dia a dia, considerando os meios terapêuticos disponíveis no momento da constatação que quadro clínico incapacitante é de fato irreversível.

Relação dos Eventos Cobertos:

- a) Estão cobertos pelo seguro as seguintes doenças: tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental, esclerose múltipla, hepatopatia grave, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado da doença de Page (osteíte deformante), síndrome da deficiência imunológica adquirida (aids) ou contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada, acidente vascular encefálico, do tipo agudo, abdome agudo cirúrgico, as formas incapacitantes das doenças reumáticas, neuromusculares e osteoarticulares crônicas ou degenerativas, e toda doença que exija permanência contínua no leito;
- b) Outros quadros clínicos incapacitantes poderão ser reconhecidos como riscos cobertos desde que, quando avaliados através do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, que integra estas condições especiais, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis. O IAIF é composto por duas tabelas:

- Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, que avalia, através de 3 escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida.
 - ✓ 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, enquadrando cada atributo em apenas uma graduação.
 - ✓ Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, que mensura cada uma das situações ali previstas, sendo que os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.
- c) Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeito da cobertura de que trata estas condições especiais, os segurados portadores de doença em fase terminal, atestada por profissional legalmente habilitado.

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, também se considera como excluídos os casos de quadro clínico incapacitante e irreversível em consequência de:

- a) **direta ou indireta de acidente pessoal;**
- b) **doença cuja evolução natural tenha sido agravada ou acelerada por acidente;**
- c) **doenças ou enfermidades não mencionadas como risco coberto na cláusula 1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS destas condições especiais;**
- d) **toda e qualquer doença e/ou lesão com diagnóstico anterior ao início de vigência da cobertura individual, e não declarada no momento da adesão ou diagnosticada durante o período de carência;**
- e) **toda e qualquer invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo segurado;**
- f) **quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);**

- g) **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;**
- h) **doenças agravadas por traumatismos;**
- i) **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;**
- j) **quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da Existência Independente do segurado.**

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, comprovação da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença para fins desta cobertura, e o segurado deverá comunicar o sinistro e fornecer os documentos necessários para análise da KAPAM SEGURADORA.

3 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) **Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.**
- b) **Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.**
- c) **Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

Não haverá direito à indenização para eventos ocorridos durante o período de carência.

4 FRANQUIA

Não há.

5 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data indicada na declaração ou atestado médico, data esta que deu origem ao sinistro.

6 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Declaração, relatório, laudo, ou atestado médico fornecido pelo médico que assiste ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, datada, com carimbo do CRM e firma reconhecida em cartório.

Este documento deverá conter breve histórico indicando o início da doença, ou seja, a data em que esta foi oficialmente diagnosticada, sua evolução ao longo do tratamento, até o momento em que foi constatada a impossibilidade de o segurado executar as atividades rotineiras relacionadas ao pleno exercício das relações autonômicas, sem ajuda de terceiros;

- b) Exames e registros médicos que fundamentam o diagnóstico de que, considerando os meios terapêuticos disponíveis, o quadro clínico incapacitante é de fato irreversível;
- c) Certidão de óbito do segurado, em caso de óbito ocorrido antes do recebimento da indenização;
- d) Formulário INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF fornecido pela KAPAM SEGURADORA e preenchido e assinado pelo mesmo médico, conforme modelo a seguir.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS		
ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º grau: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º GRAU: O segurado apresenta desorientação; necessita de assistência à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda 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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS		
ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
	3º grau: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º grau: O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º grau: O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE	PONTUAÇÃO
A idade do segurado interfere na análise da morbilidade 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 morbilidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravamento mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou Refratariedade terapêutica.	08

7 PERÍCIA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá solicitar perícia médica nos termos da cláusula 24.5.1 SINISTRO: PERÍCIA MÉDICA das condições gerais deste plano de seguro.

8 JUNTA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá propor junta médica nos termos da cláusula 24.5.2 SINISTRO: JUNTA MÉDICA das condições gerais deste plano de seguro.

9 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais deste plano de seguro.

10 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após a ocorrência de sinistro indenizável.

11 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

Após o pagamento de indenização de sinistro decorrente desta cobertura, ocorrerá a cessação da referida cobertura, para o segurado sinistrado, seja ele o segurado principal ou dependente, permanecendo vigente o certificado individual com as demais coberturas contratadas.

A cessação da cobertura em razão do sinistro indenizado não se aplica aos demais segurados, sejam eles o segurado principal ou dependentes, cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

12 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - AUTÔNOMA (ILPD-AUTÔNOMA)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao próprio segurado, de uma única vez, em caso da invalidez laborativa permanente total, em decorrência de doença sofrida pelo segurado, que acarrete a perda da capacidade física para exercer sua atividade laborativa principal, atestada em declaração médica emitida durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o capital segurado especificado no certificado individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para efeito de indenização, consideram-se como atividade laborativa principal, aquela através da qual o segurado obteve maior renda, nos 12 (doze) meses anteriores à data do evento que deu origem à invalidez laborativa pleiteada pelo segurado.

Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeito da cobertura de que trata estas condições especiais, os segurados portadores de doença em fase terminal, atestada por profissional legalmente habilitado.

Não podem configurar como segurados para fins desta cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa. Esta proibição estende-se aos segurados aposentados no início ou durante a vigência da cobertura individual, sendo que os segurados que se aposentarem durante a vigência deverão comunicar este fato à KAPAM SEGURADORA para a devida exclusão da cobertura e redução do prêmio.

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, também se considera como excluídos os casos de invalidez laborativa total e permanente em consequência:

- a) direta ou indireta de acidente pessoal;**
- b) doença cuja evolução natural tenha sido agravada ou acelerada por acidente;**
- c) toda e qualquer doença e/ou lesão com diagnóstico anterior ao início de vigência da cobertura individual, e não declarada no momento da adesão ou diagnosticada durante o período de carência.**

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, comprovação da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença para fins desta cobertura, e o segurado deverá comunicar o sinistro e fornecer os documentos necessários para análise da KAPAM SEGURADORA.

3 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.
- c) Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

Não haverá direito à indenização para eventos ocorridos durante o período de carência.

4 FRANQUIA

Não há.

5 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data indicada na declaração ou atestado médico, data esta que deu origem ao sinistro.

6 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Declaração, relatório, laudo, ou atestado médico fornecido pelo médico que assiste ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, datada, com carimbo do CRM e firma reconhecida em cartório.

Este documento deverá conter breve histórico indicando o início da doença, ou seja, a data em que esta foi oficialmente diagnosticada, sua evolução ao longo do tratamento, até o momento em que foi constatada a impossibilidade da reabilitação ou da recuperação da capacidade física do segurado atingir grau necessário para executar as tarefas rotineiras relacionadas ao pleno

exercício de sua atividade laborativa principal, considerando os recursos terapêuticos disponíveis no momento da constatação.

- b) Exames e registros médicos que fundamentam o diagnóstico de que, considerando os meios terapêuticos disponíveis, o quadro clínico incapacitante é de fato irreversível;
- c) Declaração de Imposto de Renda para fins de verificação da atividade do segurado que lhe provê maior renda, e que para fins deste seguro será considerada como sua atividade laborativa principal.

7 PERÍCIA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá solicitar perícia médica nos termos da cláusula 24.5.1 SINISTRO: PERÍCIA MÉDICA das condições gerais deste plano de seguro.

8 JUNTA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá propor junta médica nos termos da cláusula 24.5.2 SINISTRO: JUNTA MÉDICA das condições gerais deste plano de seguro.

9 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais deste plano de seguro.

10 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após a ocorrência de sinistro indenizável.

11 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Após o pagamento de indenização de sinistro decorrente desta cobertura, ocorrerá a cessação da referida cobertura, para o segurado sinistrado, seja ele o segurado principal ou dependente, permanecendo vigente o seu certificado individual com as demais coberturas contratadas.

A cessação da cobertura em razão do sinistro indenizado não se aplica aos demais segurados, sejam eles o segurado principal ou dependentes cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

12 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento de diárias seguradas ao próprio segurado, de uma única vez, em caso de sua internação hospitalar em caráter de urgência ou de emergência, em decorrência de doença ou acidente, exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos, não eletivos, e que não possam ser realizados em regime ambulatorial, em consultório, ou em atendimento domiciliar, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o valor contratado por diária, o número máximo de diárias indenizáveis por internação e, o período de franquia, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para efeito de indenização, consideram-se as seguintes definições:

- a) “urgência médica”: Segundo o Conselho Federal de Medicina “urgência médica” é uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, em que o paciente precisa de assistência médica imediata.

Para fins deste plano de seguro serão consideradas “internações em caráter de urgência” aquelas que visam tratar pacientes com lesões traumáticas ou doenças, que apesar de não ter risco iminente de morte, se não forem tratadas, poderão evoluir para complicações mais graves com risco de vida real ou potencial.

- b) “emergência médica”: Segundo o Conselho Federal de Medicina “emergência médica” consiste em todo e qualquer evento que implique em risco iminente de morte.

Para fins deste plano de seguro serão consideradas “internações em caráter de emergência” aquelas em que o paciente deverá ser diagnosticado e receber tratamento adequado nos primeiros momentos após sua chegada ao hospital. As internações em caráter de emergência visam tratar pacientes que necessitam receber assistência médica imediata.

Quando as internações hospitalares forem decorrentes de acidente pessoal ocorrido durante a vigência da cobertura individual, estarão cobertas somente as internações **iniciadas em até 30 (trinta) dias da data do acidente**.

Esta cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência da cobertura individual, observando a quantidade de diárias contratadas e respeitado o prazo de franquia definido na cláusula 4 FRANQUIA destas condições especiais, sendo que a contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertas as diárias por internações hospitalares ocorridas em consequência de:

- a) toda e qualquer internação hospitalar que não ocorra em caráter de urgência ou de emergência;**
- b) internação em instituição de saúde hidroterápica, ou clínica de métodos curativos naturais, casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies, clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento, SPAs, ou internação domiciliar (home care);**
- c) acidentes médicos ou de acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações, que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação, conduzidas por pilotos não legalmente habilitados, ou que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar, salvo quando o acidente provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- d) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;**
- e) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
- f) internações para convalescença, tratamentos estéticos, de rejuvenescimento, emagrecimento, geriátrico, luxações recidiva de qualquer articulação, ou por consequência indesejada decorrente de cirurgia eletiva;**
- g) internações decorrentes de ações do segurado contrárias a Lei ou por infrações de trânsito;**
- h) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos durante a vigência da cobertura individual;**
- i) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;**
- j) tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso de dependência de álcool ou drogas ou atos ilícitos devidamente comprovados;**
- k) lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoal coberto;**
- l) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**

- m) **tratamentos da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);**
- n) **diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;**
- o) **tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos e suas consequências;**
- p) **qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;**
- q) **tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;**
- r) **investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;**
- s) **procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuadas em ambulatório;**
- t) **qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências.**

3 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.
- c) Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

Não haverá direito à indenização para eventos ocorridos durante o período de carência.

4 FRANQUIA

O período de franquia será definido no contrato de seguro respeitando o prazo mínimo de 1 (um) dia ou 24 (vinte e quatro) horas e o prazo máximo de 5 (cinco) dias ou 120 (cento e vinte) horas, e deverá constar na apólice coletiva, proposta de adesão e no certificado individual.

O período de franquia é contado a partir do momento da internação hospitalar, por determinação médica, sendo que não ocorrerá indenização caso o segurado se restabelecer e receber alta médica hospitalar durante o período de franquia.

5 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, e será obtido multiplicando-se, a quantidade de diárias por internação deduzindo o período de franquia, pelo valor da diária estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento, respeitando a quantidade máxima de diárias contratadas por evento que também constará no certificado individual, ou seja, o valor das despesas incorridas com a internação hospitalar não será considerado no cálculo do valor a ser indenizado.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada:

- a) como data do evento a data e horário da internação hospitalar que deu origem ao sinistro.
- b) como período de internação o intervalo contínuo entre a data e horário de internação hospitalar e a data e horário da alta médica hospitalar. Em caso de óbito do segurado durante o período de internação, será considerado como período de internação o intervalo contínuo entre a data e horário de internação hospitalar e a data e horário do óbito do segurado.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Declaração, relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários, detalhando a natureza da situação específica que motivou a internação hospitalar em caráter de urgência ou emergência e, estimativa do período de internação;
- b) Alta médica hospitalar;
- a) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- c) Laudo de Exame de Corpo Delito emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- d) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- e) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- f) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;

- g) Certidão de óbito do segurado, em caso de óbito ocorrido durante a internação hospitalar.

8 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil. Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais.

9 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

A reintegração do capital segurado será automática após cada internação, desde que a indenização total não atinja o valor total do capital segurado.

10 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Após o pagamento de indenização de sinistro decorrente desta cobertura, desde que a indenização atinja o valor total do capital segurado, ocorrerá a cessação da referida cobertura, para o segurado sinistrado, seja ele o segurado principal ou dependente, permanecendo vigente o seu certificado individual o seguro com as demais coberturas contratadas.

A cessação da cobertura em razão do sinistro indenizado não se aplica aos demais segurados, sejam eles o segurado principal ou dependentes, cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

11 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI (DUTI)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento de diárias seguradas ao próprio segurado, de uma única vez, em caso de sua internação hospitalar em UTI – Unidade de Terapia Intensiva, em caráter de urgência ou de emergência, em decorrência de doença ou acidente, exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos, não eletivos, e que não possam ser realizados em regime ambulatorial, em consultório, ou em atendimento domiciliar, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o valor contratado por diária, o número máximo de diárias indenizáveis por internação e, o período de franquia, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para efeito de indenização, consideram-se as seguintes definições:

- a) “urgência médica”: Segundo o Conselho Federal de Medicina “urgência médica” é uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, em que o paciente precisa de assistência médica imediata.

Para fins deste plano de seguro serão consideradas “internações em caráter de urgência” aquelas que visam tratar pacientes com lesões traumáticas ou doenças, que apesar de não ter risco iminente de morte, se não forem tratadas, poderão evoluir para complicações mais graves com risco de vida real ou potencial.

- b) “emergência médica”: Segundo o Conselho Federal de Medicina “emergência médica” consiste em todo e qualquer evento que implique em risco iminente de morte.

Para fins deste plano de seguro serão consideradas “internações em caráter de emergência” aquelas em que o paciente deverá ser diagnosticado e receber tratamento adequado nos primeiros momentos após sua chegada ao hospital. As internações em caráter de emergência visam tratar pacientes que necessitam receber assistência médica imediata.

- c) “UTI – Unidade de Terapia Intensiva”: Segundo a Resolução RDC nº 7/2010 da ANVISA, a Unidade de Terapia Intensiva é uma área crítica do hospital, destinada ao atendimento de pacientes graves ou de risco, que necessitam de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, equipamentos específicos e recursos humanos especializados.

Para fins deste plano de seguro, considera-se “internação em UTI” aquela em que o segurado permaneça em área devidamente estruturada e classificada pelo hospital como Unidade de Terapia Intensiva, destinada à

monitorização contínua e ao tratamento de pacientes em estado clínico grave, independentemente de sua causa.

Quando as internações hospitalares forem decorrentes de acidente pessoal ocorrido durante a vigência da cobertura individual, estarão cobertas somente as internações iniciadas em até 30 (trinta) dias da data do acidente.

Esta cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência da cobertura individual, observando a quantidade de diárias contratadas e respeitado o prazo de franquia definido na cláusula 4 FRANQUIA destas condições especiais, sendo que a contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.

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

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

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertas as diárias por internações hospitalares ocorridas em consequência de:

- a) toda e qualquer internação hospitalar que não ocorra em caráter de urgência ou de emergência;**
- b) internações hospitalares que não sejam em leitos de UTI – Unidade de Terapia Intensiva;**
- c) internação em instituição de saúde hidroterápica, ou clínica de métodos curativos naturais, casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies, clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento, SPAs, ou internação domiciliar (home care);**
- d) acidentes médicos ou de acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações, que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação, conduzidas por pilotos não legalmente habilitados, ou que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar, salvo quando o acidente provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- e) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;**

- f) **anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
- g) **internações para convalescença, tratamentos estéticos, de rejuvenescimento, emagrecimento, geriátrico, luxações recidiva de qualquer articulação, ou por consequência indesejada decorrente de cirurgia eletiva;**
- h) **internações decorrentes de ações do segurado contrárias a Lei ou por infrações de trânsito;**
- i) **cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos durante a vigência da cobertura individual;**
- j) **tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;**
- k) **tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso de dependência de álcool ou drogas ou atos ilícitos devidamente comprovados;**
- l) **lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoal coberto;**
- m) **ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- n) **tratamentos da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);**
- o) **diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;**
- p) **tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos e suas consequências;**
- q) **qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;**
- r) **tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;**
- s) **investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;**
- t) **procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuadas em ambulatório;**
- u) **qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências.**

3 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.

- c) Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

Não haverá direito à indenização para eventos ocorridos durante o período de carência.

4 FRANQUIA

O período de franquia será definido no contrato de seguro respeitando o prazo mínimo de 1 (um) dia ou 24 (vinte e quatro) horas e o prazo máximo de 5 (cinco) dias ou 120 (cento e vinte) horas, e deverá constar na apólice coletiva, na proposta de adesão e no certificado individual.

O período de franquia é contado a partir do momento da internação hospitalar em leito de UTI - Unidade de Terapia Intensiva, por determinação médica, sendo que não ocorrerá indenização caso o segurado se restabelecer e receber alta médica da UTI - Unidade de Terapia Intensiva durante o período de franquia.

5 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, e será obtido multiplicando-se, a quantidade de diárias por internação em UTI deduzindo o período de franquia, pelo valor da diária estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento, respeitando a quantidade máxima de diárias contratadas por evento que também constará no certificado individual, ou seja, o valor das despesas incorridas com a internação hospitalar em UTI não será considerado no cálculo do valor a ser indenizado.

Quando contratadas as coberturas Diárias por Internação Hospitalar (DIH) e Diárias por Internação Hospitalar em UTI (DUTI) as indenizações de ambas as coberturas se acumulam em caso de internação do segurado em UTI.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada:

- a) como data do evento a data e horário de internação hospitalar que deu origem ao sinistro, desde que durante o mesmo período de internação ocorra a admissão do segurado em UTI - Unidade de Terapia Intensiva.
- b) como período de internação o intervalo contínuo entre a data e horário de admissão do segurado em UTI e a data e horário da alta médica da UTI, mesmo que o segurado ainda permaneça internado em outros tipos de leito após a alta da UTI. Em caso de óbito do segurado durante o período de

internação, será considerado como período de internação o intervalo contínuo entre a data e horário de admissão do segurado em UTI e a data e horário do óbito do segurado.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Declaração, relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários, detalhando a natureza da situação específica que motivou a internação hospitalar em caráter e urgência ou emergência e, estimativa do período de internação geral, bem como a estimativa do período de internação em UTI;
- b) Alta médica da UTI e alta médica hospitalar;
- c) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- e) Laudo de Exame de Corpo Delito emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- f) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- g) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta.
- h) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- i) Certidão de óbito do segurado, em caso de óbito ocorrido durante a internação hospitalar.

8 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil. Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais.

9 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

A reintegração do capital segurado será automática após cada internação, desde que a indenização total não atinja o valor total do capital segurado.

10 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Após o pagamento de indenização de sinistro decorrente desta cobertura, desde que a indenização atinja o valor total do capital segurado, ocorrerá a cessação da referida cobertura, para o segurado sinistrado, seja ele o segurado principal ou dependente, permanecendo vigente o seu certificado individual com as demais coberturas contratadas.

A cessação da cobertura em razão do sinistro indenizado não se aplica aos demais segurados, sejam eles o segurado principal ou dependentes, cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

11 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL (DIH-AP)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento de diárias seguradas ao próprio segurado, de uma única vez, em caso de sua internação hospitalar em caráter de urgência ou de emergência, em decorrência de acidente pessoal coberto, exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos, não eletivos, e que não possam ser realizados em regime ambulatorial, em consultório, ou em atendimento domiciliar, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o valor contratado por diária, o número máximo de diárias indenizáveis por internação e, o período de franquia, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para efeito de indenização, consideram-se as seguintes definições:

- a) “urgência médica”: Segundo o Conselho Federal de Medicina “urgência médica” é uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, em que o paciente precisa de assistência médica imediata.

Para fins deste plano de seguro serão consideradas “internações em caráter de urgência” aquelas que visam tratar pacientes com lesões traumáticas, que apesar de não ter risco iminente de morte, se não forem tratadas, poderão evoluir para complicações mais graves com risco de vida real ou potencial.

- b) “emergência médica”: Segundo o Conselho Federal de Medicina “emergência médica” consiste em todo e qualquer evento que implique em risco iminente de morte.

Para fins deste plano de seguro serão consideradas “internações em caráter de emergência” aquelas em que o paciente deverá ser diagnosticado e receber tratamento adequado nos primeiros momentos após sua chegada ao hospital. As internações em caráter de emergência visam tratar pacientes que necessitam receber assistência médica imediata.

Estarão cobertas somente as internações hospitalares decorrentes de acidente pessoal ocorrido durante a vigência da cobertura individual, desde que **iniciadas em até 30 (trinta) dias da data do acidente**.

Esta cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência da cobertura individual, observando a quantidade de diárias contratadas e respeitado o prazo de franquia definido na cláusula 4 FRANQUIA destas condições especiais, sendo que a contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertas as diárias por internações hospitalares ocorridas em consequência de:

- a) qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;**
- b) toda e qualquer internação hospitalar que não ocorra em caráter de urgência ou de emergência;**
- c) internação em instituição de saúde hidroterápica, ou clínica de métodos curativos naturais, casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies, clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento, SPAs, ou internação domiciliar (home care);**
- d) acidentes médicos ou de acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações, que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação, conduzidas por pilotos não legalmente habilitados, ou que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar, salvo quando o acidente provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- e) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;**
- f) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
- g) internações para convalescença, tratamentos estéticos, de rejuvenescimento, emagrecimento, geriátrico, luxações recidiva de qualquer articulação, ou por consequência indesejada decorrente de cirurgia eletiva;**
- h) internações decorrentes de ações do segurado contrárias a Lei ou por infrações de trânsito;**
- i) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos durante a vigência da cobertura individual;**
- j) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;**

- k) **tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso de dependência de álcool ou drogas ou atos ilícitos devidamente comprovados;**
- l) **lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoal coberto;**
- m) **internações decorrentes de doenças cerebrovasculares, ainda que possam ser identificadas pela expressão “acidentes vasculares cerebrais”;**
- n) **procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuadas em ambulatório;**
- o) **perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos medicamentosos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.**

3 CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.**

4 FRANQUIA

O período de franquia será definido no contrato de seguro respeitando o prazo mínimo de 1 (um) dia ou 24 (vinte e quatro) horas e o prazo máximo de 5 (cinco) dias ou 120 (cento e vinte) horas, e deverá constar na apólice coletiva, na proposta de adesão e no certificado individual.

O período de franquia é contado a partir do momento da internação hospitalar, por determinação médica, sendo que não ocorrerá indenização caso o segurado se restabelecer e receber alta médica hospitalar durante o período de franquia.

5 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, e será obtido multiplicando-se, a quantidade de diárias por internação deduzindo o período de franquia, pelo valor da diária estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento, respeitando a quantidade máxima de diárias contratadas por evento que também constará no certificado individual, ou seja, o valor das despesas incorridas com a internação hospitalar não será considerado no cálculo do valor a ser indenizado.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada:

- a) como data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- b) como período de internação o intervalo contínuo entre a data e horário de internação hospitalar e a data e horário da alta médica hospitalar. Em caso de óbito do segurado durante o período de internação, será considerado como período de internação o intervalo contínuo entre a data e horário de internação hospitalar e a data e horário do óbito do segurado.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Declaração, relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários, detalhando a natureza da situação específica que motivou a internação hospitalar em caráter e urgência ou emergência e, estimativa do período de internação;
- b) Alta médica hospitalar;
- c) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- e) Laudo de Exame de Corpo Delito emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- f) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- g) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- h) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- i) Certidão de óbito do segurado, em caso de óbito ocorrido durante a internação hospitalar.

8 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil. Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais.

9 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

A reintegração do capital segurado será automática após cada internação, desde que a indenização total não atinja o valor total do capital segurado.

10 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Após o pagamento de indenização de sinistro decorrente desta cobertura, desde que a indenização atinja o valor total do capital segurado, ocorrerá a cessação da referida cobertura, para o segurado sinistrado, seja ele o segurado principal ou dependente, permanecendo vigente o seu certificado individual o seguro com as demais coberturas contratadas.

A cessação da cobertura em razão do sinistro indenizado não se aplica aos demais segurados, sejam eles o segurado principal ou dependentes, cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

11 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL (DUTI-AP)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento de diárias seguradas ao próprio segurado, de uma única vez, em caso de sua internação hospitalar em UTI – Unidade de Terapia Intensiva, em caráter de urgência ou de emergência, em decorrência de acidente pessoal coberto, exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos, não eletivos, e que não possam ser realizados em regime ambulatorial, em consultório, ou em atendimento domiciliar, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o valor contratado por diária, o número máximo de diárias indenizáveis por internação e, o período de franquia, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para efeito de indenização, consideram-se as seguintes definições:

- a) “urgência médica”: Segundo o Conselho Federal de Medicina “urgência médica” é uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, em que o paciente precisa de assistência médica imediata.

Para fins deste plano de seguro serão consideradas “internações em caráter de urgência” aquelas que visam tratar pacientes com lesões traumáticas, que apesar de não ter risco iminente de morte, se não forem tratadas, poderão evoluir para complicações mais graves com risco de vida real ou potencial.

- b) “emergência médica”: Segundo o Conselho Federal de Medicina “emergência médica” consiste em todo e qualquer evento que implique em risco iminente de morte.

Para fins deste plano de seguro serão consideradas “internações em caráter de emergência” aquelas em que o paciente deverá ser diagnosticado e receber tratamento adequado nos primeiros momentos após sua chegada ao hospital. As internações em caráter de emergência visam tratar pacientes que necessitam receber assistência médica imediata.

- c) “UTI – Unidade de Terapia Intensiva”: Segundo a Resolução RDC nº 7/2010 da ANVISA, a Unidade de Terapia Intensiva é uma área crítica do hospital, destinada ao atendimento de pacientes graves ou de risco, que necessitam de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, equipamentos específicos e recursos humanos especializados.

Para fins deste plano de seguro, considera-se “internação em UTI” aquela em que o segurado permaneça em área devidamente estruturada e classificada pelo hospital como Unidade de Terapia Intensiva, destinada à

monitorização contínua e ao tratamento de pacientes em estado clínico grave, independentemente de sua causa.

Estarão cobertas somente as internações hospitalares decorrentes de acidente pessoal ocorrido durante a vigência da cobertura individual, desde que **iniciadas em até 30 (trinta) dias da data do acidente**.

Esta cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência da cobertura individual, observando a quantidade de diárias contratadas e respeitado o prazo de franquia definido na cláusula 4 FRANQUIA destas condições especiais, sendo que a contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.

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

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

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertas as diárias por internações hospitalares ocorridas em consequência de:

- a) qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;**
- b) toda e qualquer internação hospitalar que não ocorra em caráter de urgência ou de emergência;**
- c) internações hospitalares que não sejam em leitos de UTI – Unidade de Terapia Intensiva;**
- d) internação em instituição de saúde hidroterápica, ou clínica de métodos curativos naturais, casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies, clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento, SPAs, ou internação domiciliar (home care);**
- e) acidentes médicos ou de acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações, que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação, conduzidas por pilotos não legalmente habilitados, ou que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar, salvo quando o acidente provier da**

utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- f) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;**
- g) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
- h) internações para convalescença, tratamentos estéticos, de rejuvenescimento, emagrecimento, geriátrico, luxações recidiva de qualquer articulação, ou por consequência indesejada decorrente de cirurgia eletiva;**
- i) internações decorrentes de ações do segurado contrárias a Lei ou por infrações de trânsito;**
- j) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos durante a vigência da cobertura individual;**
- k) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;**
- l) tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso de dependência de álcool ou drogas ou atos ilícitos devidamente comprovados;**
- m) lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoal coberto;**
- n) internações decorrentes de doenças cerebrovasculares, ainda que possam ser identificadas pela expressão “acidentes vasculares cerebrais”;**
- o) procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuadas em ambulatório;**
- p) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.**

3 CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

4 FRANQUIA

O período de franquia será definido no contrato de seguro respeitando o prazo mínimo de 1 (um) dia ou 24 (vinte e quatro) horas e o prazo máximo de 5 (cinco) dias ou 120 (cento e vinte) horas, e deverá constar na apólice coletiva, na proposta de adesão e no certificado individual.

O período de franquia é contado a partir do momento da internação hospitalar em leito de UTI - Unidade de Terapia Intensiva, por determinação médica, sendo que não ocorrerá indenização caso o segurado se restabelecer e receber alta médica da UTI - Unidade de Terapia Intensiva durante o período de franquia.

5 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, e será obtido multiplicando-se, a quantidade de diárias por internação em UTI deduzindo o período de franquia, pelo valor da diária estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento, respeitando a quantidade máxima de diárias contratadas por evento que também constará no certificado individual, ou seja, o valor das despesas incorridas com a internação hospitalar em UTI não será considerado no cálculo do valor a ser indenizado.

Quando contratadas as coberturas Diárias por Internação Hospitalar decorrentes de Acidente Pessoal (DIH-AP) e Diárias por Internação Hospitalar em UTI decorrentes de Acidente Pessoal (DUTI-AP) as indenizações de ambas as coberturas se acumulam em caso de internação do segurado em UTI.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada:

- a) como data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- b) como período de internação o intervalo contínuo entre a data e horário de admissão do segurado em UTI e a data e horário da alta médica da UTI, mesmo que o segurado ainda permaneça internado em outros tipos de leito após a alta da UTI. Em caso de óbito do segurado durante o período de internação, será considerado como período de internação o intervalo contínuo entre a data e horário de admissão do segurado em UTI e a data e horário do óbito do segurado.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Declaração, relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários, detalhando a natureza da situação específica que motivou a internação hospitalar em caráter e urgência ou emergência e, estimativa do período de internação geral, bem como a estimativa do período de internação em UTI;
- b) Alta médica da UTI e alta médica hospitalar;
- c) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- e) Laudo de Exame de Corpo Delito emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- f) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- g) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- h) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- i) Certidão de óbito do segurado, em caso de óbito ocorrido durante a internação hospitalar.

8 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil. Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais.

9 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

A reintegração do capital segurado será automática após cada internação, desde que a indenização total não atinja o valor total do capital segurado.

10 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Após o pagamento de indenização de sinistro decorrente desta cobertura, desde que a indenização atinja o valor total do capital segurado, ocorrerá a cessação da referida cobertura, para o segurado sinistrado, seja ele o segurado principal ou dependente, permanecendo vigente o seu certificado individual com as demais coberturas contratadas.

A cessação da cobertura em razão do sinistro indenizado não se aplica aos demais segurados, sejam eles o segurado principal ou dependentes, cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

11 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento diárias seguradas ao próprio segurado, de uma única vez, em caso de sua incapacidade física total e temporária, em decorrência de doença ou acidente pessoal, que acarrete a impossibilidade continua e ininterrupta do segurado exercer as atividades laborativas de sua profissão ou ocupação principal, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, comprovado por laudo médico contendo caracterização da incapacidade e estimativa do tempo do afastamento, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o valor contratado por diária, o número máximo de diárias indenizáveis e, o período de franquia, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Esta cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência da cobertura individual, observando a quantidade de diárias contratadas e respeitado o prazo de franquia definido na cláusula 5 FRANQUIA destas condições especiais, sendo que a contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.

Haverá a cessação desta cobertura automaticamente quando o segurado completar 70 (setenta) anos.

2 CONTRATAÇÃO POR SEGURADOS DEPENDENTES

Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertas as diárias por incapacidade temporária ocorridas em consequência de:

- a) toda e qualquer incapacidade decorrente de agravamento, sequela ou reaparecimento de sintomas e sinais, ou ainda, de complicações crônicas ou degenerantes consequentes de tratamentos médicos de qualquer natureza, iniciados antes da contratação deste seguro;**
- b) internação para “Check-up”, ou em Instituição de saúde hidroterápica, ou clínica de métodos curativos naturais, casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies, clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento, SPAs, ou internação domiciliar (home care), ou internação para realização e diálise ou hemodiálise;**
- c) acidentes médicos ou de acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações, que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação, conduzidas por**

pilotos não legalmente habilitados, ou que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar, salvo quando o acidente provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- d) tratamentos e/ou procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e, os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- e) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;**
- f) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
- g) internações para convalescença, tratamentos: estéticos, de rejuvenescimento, emagrecimento, geriátrico, obesidade, esterilização, fertilização, mudança de sexo, cirurgias plásticas, cirurgias para correção de miopia, luxações recidiva de qualquer articulação, ou por consequência indesejada decorrente de cirurgia eletiva;**
- h) internações decorrentes de ações do segurado contrárias a Lei ou por infrações de trânsito;**
- i) estresse, incluídos “burnout”, e depressão;**
- j) doenças crônico-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;**
- k) tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;**
- l) cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;**
- m) cirurgias plásticas não reparadoras e nem decorrentes de acidentes sofridos durante a vigência da cobertura individual;**
- n) fibromialgias;**
- o) doença Miofascial;**
- p) tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;**
- q) tratamento clínico ou cirúrgico de hallux valgus (joanete);**
- r) todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;**
- s) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorroidas;**
- t) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;**
- u) tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;**

- v) **tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;**
- w) **tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;**
- x) **complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos.**

4 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.
- c) Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

Não haverá direito à indenização para eventos ocorridos durante o período de carência.

5 FRANQUIA

O período de franquia será definido no contrato de seguro respeitando o prazo máximo de 15 (quinze) dias e deverá constar no certificado individual.

O período de franquia é contado a partir da data do diagnóstico da incapacidade, sendo que não ocorrerá indenização caso o segurado se restabelecer e receber alta médica durante o período de franquia.

6 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

7 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, e será obtido multiplicando-se, a quantidade de dias do período de incapacidade deduzindo o

período de franquia, pelo valor da diária estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento, respeitando a quantidade máxima de diárias contratadas por evento que também constará no certificado individual, ou seja, o valor da renda mensal do segurado não será considerado no cálculo do valor a ser indenizado.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada:

- a) como data do evento a data do diagnóstico da incapacidade que deu origem ao sinistro.
- b) como período de incapacidade o intervalo contínuo entre a data do diagnóstico da incapacidade e, a data e horário da alta médica.

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Declaração, relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários, detalhando a natureza da situação específica que motivou a incapacidade do segurado e, estimativa do período de incapacidade ou previsão para retorno as atividades laborativas;
- b) Exames realizados e que serviram de base na análise que levou ao diagnóstico da incapacidade temporária e atestado médico confirmando o afastamento profissional;
- c) Exames realizados que comprovem eficácia do tratamento e que serviram de base na análise que levou a decisão pela alta médica aprovação para retorno as atividades laborativas;
- a) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- c) Laudo de Exame de Corpo Delito emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- d) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- e) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- f) Laudo Pericial do local do acidente, se houver.

9 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais.

10 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

A reintegração do capital segurado será automática após cada afastamento, sem necessidade de pagamento de prêmio adicional ou de solicitação do segurado, porém não haverá a reintegração para fins de pagamento de novas diárias em virtude do mesmo evento.

11 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Quando o segurado completar 70 (setenta) anos, ocorrerá a cessação desta cobertura permanecendo vigente o seu certificado individual com as demais coberturas contratadas.

12 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL (DIT-AP)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento diárias seguradas ao próprio segurado, de uma única vez, em caso de sua incapacidade física total e temporária, em decorrência de acidente pessoal coberto, que acarrete a impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer as atividades laborativas de sua profissão ou ocupação principal, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, comprovado por laudo médico contendo caracterização da incapacidade e estimativa do tempo do afastamento, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o capital segurado, o valor contratado por diária, o número máximo de diárias indenizáveis e, o período de franquia, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Esta cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência da cobertura individual, observando a quantidade de diárias contratadas e respeitado o prazo de franquia definido na cláusula 5 FRANQUIA destas condições especiais, sendo que a contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.

Haverá a cessação desta cobertura automaticamente quando o segurado completar 70 (setenta) anos.

2 CONTRATAÇÃO POR SEGURADOS DEPENDENTES

Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertas as diárias por incapacidade temporária ocorridas em consequência de:

- a) qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;**
- b) toda e qualquer incapacidade decorrente de agravamento, sequela ou reaparecimento de sintomas e sinais, ou ainda, de complicações**

- crônicas ou degenerantes consequentes de tratamentos médicos de qualquer natureza, iniciados antes da contratação deste seguro;
- c) internação para “Check-up”, ou em Instituição de saúde hidroterápica, ou clínica de métodos curativos naturais, Casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies, clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento, SPAs, ou internação domiciliar (home care), ou internação para realização e diálise ou hemodiálise;
 - d) acidentes médicos ou de acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações, que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação, conduzidas por pilotos não legalmente habilitados, ou que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar, salvo quando o acidente provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - e) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
 - f) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
 - g) internações para convalescença, tratamentos: estéticos, de rejuvenescimento, emagrecimento, geriátrico, obesidade, esterilização, fertilização, mudança de sexo, cirurgias plásticas, cirurgias para correção de miopia, luxações recidiva de qualquer articulação, ou por consequência indesejada decorrente de cirurgia eletiva;
 - h) internações decorrentes de ações do segurado contrárias a Lei ou por infrações de trânsito;
 - i) estresse, incluídos “burnout”, e depressão;
 - j) doenças crônico-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;
 - k) tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;
 - l) cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;
 - m) cirurgias plásticas não reparadoras e nem decorrentes de acidentes sofridos durante a vigência da cobertura individual;
 - n) fibromialgias;
 - o) doença Miofascial;
 - p) tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;
 - q) tratamento clínico ou cirúrgico de hallux valgus (joanete);
 - r) todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;

- s) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorroidas;
- t) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
- u) tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;
- v) tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;
- w) tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;
- x) complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos;
- y) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos medicamentosos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

4 CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.**

5 FRANQUIA

O período de franquia será definido no contrato de seguro respeitando o prazo máximo de 15 (quinze) dias e deverá constar no certificado individual.

O período de franquia é contado a partir da data do diagnóstico da incapacidade, sendo que não ocorrerá indenização caso o segurado se restabelecer e receber alta médica durante o período de franquia.

6 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

7 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, e será obtido multiplicando-se, a quantidade de dias do período de incapacidade deduzindo o período de franquia, pelo valor da diária estabelecido no certificado individual e

vigente na data do evento, respeitando a quantidade máxima de diárias contratadas por evento que também constará no certificado individual, ou seja, o valor da renda mensal do segurado não será considerado no cálculo do valor a ser indenizado.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada:

- a) como data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- b) como período de incapacidade o intervalo contínuo entre a data do diagnóstico da incapacidade e, a data e horário da alta médica.

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Declaração, relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários, detalhando a natureza da situação específica que motivou a incapacidade do segurado e, estimativa do período de incapacidade ou previsão para retorno as atividades laborativas;
- b) Exames realizados e que serviram de base na análise que levou ao diagnóstico da incapacidade temporária e atestado médico confirmando o afastamento profissional;
- c) Exames realizados que comprovem eficácia do tratamento e que serviram de base na análise que levou a decisão pela alta médica aprovação para retorno as atividades laborativas;
- d) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- e) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- f) Laudo de Exame de Corpo Delito emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- g) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- h) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- i) Laudo Pericial do local do acidente, se houver.

9 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais.

10 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

A reintegração do capital segurado será automática após cada afastamento, sem necessidade de pagamento de prêmio adicional ou de solicitação do segurado, porém não haverá a reintegração para fins de pagamento de novas diárias em virtude do mesmo evento.

11 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Quando o segurado completar 70 (setenta) anos, ocorrerá a cessação desta cobertura permanecendo vigente o seu certificado individual com as demais coberturas contratadas.

12 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL - AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO (DIT-AP-AUX-ALIM)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento diárias seguradas, a título de auxílio alimentação, ao próprio segurado, de uma única vez, em caso de sua incapacidade física total e temporária, em decorrência de acidente pessoal coberto, que acarrete a impossibilidade continua e ininterrupta do segurado exercer as atividades laborativas de sua profissão ou ocupação principal, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, comprovado por laudo médico contendo caracterização da incapacidade e estimativa do tempo do afastamento, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o capital segurado, o valor contratado por diária, o número máximo de diárias indenizáveis e, o período de franquia, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Esta cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência da cobertura individual, observando a quantidade de diárias contratadas e respeitado o prazo de franquia definido na cláusula 5 FRANQUIA destas condições especiais, sendo que a contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.

Haverá a cessação desta cobertura automaticamente quando o segurado completar 70 (setenta) anos.

2 CONTRATAÇÃO POR SEGURADOS DEPENDENTES

Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertas as diárias por incapacidade temporária ocorridas em consequência de:

- a) qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;**
- b) toda e qualquer incapacidade decorrente de agravamento, sequela ou reaparecimento de sintomas e sinais, ou ainda, de complicações**

- crônicas ou degenerantes consequentes de tratamentos médicos de qualquer natureza, iniciados antes da contratação deste seguro;**
- c) internação para “Check-up”, ou em Instituição de saúde hidroterápica, ou clínica de métodos curativos naturais, Casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies, clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento, SPAs, ou internação domiciliar (home care), ou internação para realização e diálise ou hemodiálise;**
 - d) acidentes médicos ou de acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações, que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação, conduzidas por pilotos não legalmente habilitados, ou que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar, salvo quando o acidente provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - e) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;**
 - f) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
 - g) internações para convalescença, tratamentos: estéticos, de rejuvenescimento, emagrecimento, geriátrico, obesidade, esterilização, fertilização, mudança de sexo, cirurgias plásticas, cirurgias para correção de miopia, luxações recidiva de qualquer articulação, ou por consequência indesejada decorrente de cirurgia eletiva;**
 - h) internações decorrentes de ações do segurado contrárias a Lei ou por infrações de trânsito;**
 - i) estresse, incluídos “burnout”, e depressão;**
 - j) doenças crônico-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;**
 - k) tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;**
 - l) cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;**
 - m) cirurgias plásticas não reparadoras e nem decorrentes de acidentes sofridos durante a vigência da cobertura individual;**
 - n) fibromialgias;**
 - o) doença Miofascial;**
 - p) tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;**
 - q) tratamento clínico ou cirúrgico de hallux valgus (joanete);**
 - r) todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;**

- s) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorroidas;
- t) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
- u) tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;
- v) tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;
- w) tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;
- x) complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos;
- y) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos medicamentosos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

4 CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.**

5 FRANQUIA

O período de franquia será definido no contrato de seguro respeitando o prazo máximo de 15 (quinze) dias e deverá constar no certificado individual.

O período de franquia é contado a partir da data do diagnóstico da incapacidade, sendo que não ocorrerá indenização caso o segurado se restabelecer e receber alta médica durante o período de franquia.

6 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

7 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, e será obtido multiplicando-se, a quantidade de dias do período de incapacidade deduzindo o período de franquia, pelo valor da diária estabelecido no certificado individual e

vigente na data do evento, respeitando a quantidade máxima de diárias contratadas por evento que também constará no certificado individual, ou seja, o valor da renda mensal do segurado não será considerado no cálculo do valor a ser indenizado.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada:

- a) como data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- b) como período de incapacidade o intervalo contínuo entre a data do diagnóstico da incapacidade e, a data e horário da alta médica.

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Declaração, relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários, detalhando a natureza da situação específica que motivou a incapacidade do segurado e, estimativa do período de incapacidade ou previsão para retorno as atividades laborativas;
- b) Exames realizados e que serviram de base na análise que levou ao diagnóstico da incapacidade temporária e atestado médico confirmando o afastamento profissional;
- c) Exames realizados que comprovem eficácia do tratamento e que serviram de base na análise que levou a decisão pela alta médica aprovação para retorno as atividades laborativas;
- d) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- e) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- f) Laudo de Exame de Corpo Delito emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- g) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- h) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- i) Laudo Pericial do local do acidente, se houver.

9 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais.

10 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

A reintegração do capital segurado será automática após cada afastamento, sem necessidade de pagamento de prêmio adicional ou de solicitação do segurado, porém não haverá a reintegração para fins de pagamento de novas diárias em virtude do mesmo evento.

11 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Quando o segurado completar 70 (setenta) anos, ocorrerá a cessação desta cobertura permanecendo vigente o seu certificado individual com as demais coberturas contratadas.

12 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTES DE ACIDENTE OCORRIDO NO HORÁRIO DE TRABALHO - AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO (DIT-APT-AUX-ALIM)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento diárias seguradas, a título de auxílio alimentação, ao próprio segurado, de uma única vez, em caso de sua incapacidade física total e temporária, em decorrência de **acidente pessoal ocorrido no horário de trabalho, conforme definição da cláusula 2.3 Acidente Pessoal ocorrido no horário de trabalho das Condições Gerais** e devidamente coberto, que acarrete a impossibilidade continua e ininterrupta do segurado exercer as atividades laborativas de sua profissão ou ocupação principal, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, comprovado por laudo médico contendo caracterização da incapacidade e estimativa do tempo do afastamento, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o capital segurado, o valor contratado por diária, o número máximo de diárias indenizáveis e, o período de franquia, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Esta cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência da cobertura individual, observando a quantidade de diárias contratadas e respeitado o prazo de franquia definido na cláusula 5 FRANQUIA destas condições especiais, sendo que a contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.

O retorno do segurado às atividades laborativas impede a concessão de novo benefício desta cobertura em prazo inferior ao estipulado na apólice, contado a partir da data de retorno do último afastamento, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste seguro.

Haverá a cessação desta cobertura automaticamente quando o segurado completar 70 (setenta) anos.

2 CONTRATAÇÃO POR SEGURADOS DEPENDENTES

Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertas as diárias por incapacidade temporária ocorridas em consequência de:

- a) **qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;**
- b) **toda e qualquer incapacidade decorrente de agravamento, sequela ou reaparecimento de sintomas e sinais, ou ainda, de complicações crônicas ou degenerantes consequentes de tratamentos médicos de qualquer natureza, iniciados antes da contratação deste seguro;**
- c) **internação para “Check-up”, ou em Instituição de saúde hidroterápica, ou clínica de métodos curativos naturais, Casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies, clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento, SPAs, ou internação domiciliar (home care), ou internação para realização e diálise ou hemodiálise;**
- d) **acidentes médicos ou de acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações, que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação, conduzidas por pilotos não legalmente habilitados, ou que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar, salvo quando o acidente provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- e) **distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;**
- f) **anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
- g) **internações para convalescença, tratamentos: estéticos, de rejuvenescimento, emagrecimento, geriátrico, obesidade, esterilização, fertilização, mudança de sexo, cirurgias plásticas, cirurgias para correção de miopia, luxações recidiva de qualquer articulação, ou por consequência indesejada decorrente de cirurgia eletiva;**
- h) **internações decorrentes de ações do segurado contrárias a Lei ou por infrações de trânsito;**
- i) **estresse, incluídos “burnout”, e depressão;**
- j) **doenças crônico-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;**
- k) **tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;**
- l) **cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;**
- m) **cirurgias plásticas não reparadoras e nem decorrentes de acidentes sofridos durante a vigência da cobertura individual;**
- n) **fibromialgias;**

- o) **doença Miofascial;**
- p) **tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;**
- q) **tratamento clínico ou cirúrgico de hallux valgus (joanete);**
- r) **todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;**
- s) **períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorroidas;**
- t) **períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;**
- u) **tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;**
- v) **tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;**
- w) **tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;**
- x) **complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos;**
- y) **perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.**
- z) **Acidentes pessoais ocorridos fora do horário de trabalho, conforme definição do item 2.3 Acidente Pessoal ocorrido no horário de trabalho das Condições Gerais.**

4 CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.**

5 FRANQUIA

O período de franquia será definido no contrato de seguro respeitando o prazo máximo de 15 (quinze) dias e deverá constar no certificado individual.

O período de franquia é contado a partir da data do diagnóstico da incapacidade, sendo que não ocorrerá indenização caso o segurado se restabelecer e receber alta médica durante o período de franquia.

6 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

7 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, e será obtido multiplicando-se, a quantidade de dias do período de incapacidade deduzindo o período de franquia, pelo valor da diária estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento, respeitando a quantidade máxima de diárias contratadas por evento que também constará no certificado individual, ou seja, o valor da renda mensal do segurado não será considerado no cálculo do valor a ser indenizado.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada:

- a) como data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- b) como período de incapacidade o intervalo contínuo entre a data do diagnóstico da incapacidade e, a data e horário da alta médica.

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) (quando houver);
- b) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- c) Declaração, relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários, detalhando a natureza da situação específica que motivou a incapacidade do segurado e, estimativa do período de incapacidade ou previsão para retorno as atividades laborativas;
- d) Exames realizados e que serviram de base na análise que levou ao diagnóstico da incapacidade temporária e atestado médico confirmando o afastamento profissional;
- e) Exames realizados que comprovem eficácia do tratamento e que serviram de base na análise que levou a decisão pela alta médica aprovação para retorno as atividades laborativas;
- f) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;

- g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- h) Laudo de Exame de Corpo Delito emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- i) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- j) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- k) Laudo Pericial do local do acidente, se houver.

9 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil. Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais.

10 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente de trabalho, sem necessidade de pagamento de prêmio adicional ou de solicitação do segurado, porém não haverá a reintegração para fins de pagamento de novas diárias em virtude do mesmo evento.

11 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Quando o segurado completar 70 (setenta) anos, ocorrerá a cessação desta cobertura permanecendo vigente o seu certificado individual com as demais coberturas contratadas.

12 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE TRANSPLANTES E DOENÇAS GRAVES (TDG)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao próprio segurado, de uma única vez, em caso de receber durante o período de vigência da cobertura individual o diagnóstico de doença grave, ou em duas parcelas, caso o diagnóstico indique necessidade de transplante, em decorrência de análise médica com base em resultados de exames, que também sejam solicitados e realizados durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o capital segurado e, o período de carência, especificados no certificado individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Todos os diagnósticos devem ser feitos por médico habilitado e comprovado por exames conclusivos, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas. A KAPAM SEGURADORA reserva-se o direito de solicitar avaliação complementar por médico indicado por ela, sem prejuízo do laudo do médico assistente.

Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico definitivo de doença grave ou transplante, estando excluída a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico definitivo de mais de uma doença grave ou transplante.

1.1 RELAÇÃO DAS DOENÇAS GRAVES COBERTAS

Para fins desta cobertura, considera-se como doença grave coberta, apenas as doenças abaixo mencionadas, com diagnóstico comprovado por exames e laudo médico.

1.1.1 CÂNCER (NEOPLASIA)

Doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas.

O termo câncer é sinônimo de “neoplasia maligna” e “tumor maligno”. Inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Doença de Hodgkin e todos os demais cânceres, conforme definição, **com exceção dos abaixo especificados:**

- a) **Todos os cânceres não invasivos (in situ), lesões ou tumores pré-malignas, qualquer grau / estágio de neoplasia intraepitelial cervical**

(NIC: alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer) - displasia do colo uterino.

- b) Qualquer tipo de câncer de pele, tais como o carcinoma basocelular e o carcinoma de células escamosas, que não seja melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5mm, segundo a classificação de Breslow.**
- c) Câncer de próstata abaixo do estágio T2 N0 M0 pela classificação TNM.**
- d) Sarcoma de Kaposi ou qualquer outro tumor maligno diagnosticado em um portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV).**

Para fins deste plano de seguro, considera-se exame histológico aquele realizado por um médico patologista que, usando o microscópio, analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças.

Somente serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de câncer e desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da cobertura individual, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

1.1.2 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco como consequência de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e se basear na ocorrência concomitante de: histórico de dores torácicas típicas; alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG), e elevação das enzimas cardíacas troponinas e de outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.

Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) Quadro de infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST (pedaço do traçado obtido no eletrocardiograma (ECG)).**
- b) Quadro de infarto do miocárdio somente com elevação da troponina “I” ou “T” (proteínas que existem no músculo cardíaco que são usadas como marcadores de lesão celular (infarto)).**
- c) Outras síndromes coronarianas agudas (conjunto de sinais e sintomas característicos, causados por doença ou distúrbio das artérias coronárias) como angina (dor no peito causada por baixo abastecimento de oxigênio para o músculo cardíaco) estável ou instável.**
- d) Infarto do miocárdio antigo ou silencioso.**
- e) Infarto antigo: infarto (morte de parte do músculo cardíaco) que ocorreu no passado.**
- f) Infarto silencioso: infarto que ocorre sem dor, sem percepção da vítima; geralmente constatado em um achado de exame feito ao acaso.**

Somente serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de infarto agudo do miocárdio e desde que a doença tenha sido diagnosticada no período de vigência da cobertura individual, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

1.1.3 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Doença caracterizada por diminuição ou interrupção aguda do fluxo sanguíneo encefálico que resulte em morte do tecido encefálico e consequente seqüela neurológica definitiva. O quadro deve ser causado pela ruptura de um vaso encefálico com extravasamento de sangue (hemorragia) ou pela obstrução de um vaso encefálico. Inclui-se na cobertura o AVC provocado por embolização de vaso encefálico originada de fonte extracraniana.

O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro neurológico típico e exames de imagem como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudo de circulação cerebral.

As sequelas neurológicas devem ser consideradas definitivas e passíveis de verificação por meio de exames especializados para confirmação do diagnóstico.

Para fins deste plano de seguro, considera-se embolização de vaso encefálico aquele processo em que um êmbolo (coágulo, gordura, etc.) é transportado pela corrente sanguínea e termina por obstruir um vaso do encéfalo de calibre menor, sendo que se considera encéfalo o conjunto formado pelo cérebro e tronco cerebral (bulbo, ponte e cerebelo).

Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) **AVC isquêmico transitório e síndromes correlatas (p.ex. isquemia cerebral transitória - ICT): situações em que o fluxo sanguíneo cerebral é diminuído, deixando de irrigar temporariamente uma parte do tecido cerebral, mas que são reversíveis; geralmente causadas por espasmos arteriais.**
- b) **Traumatismos crânio encefálicos: danos cerebrais causados por traumas, como asfixia.**
- c) **Infartos cerebrais lacunares sem déficit neurológico: pequenas áreas correspondentes a infartos do tecido cerebral, visíveis nos exames de imagem, porém em territórios que não causam sequelas neurológicas, ou seja, não têm repercussão clínica.**
- d) **Enxaquecas com sintomas neurológicos.**
- e) **Seqüela neurológica caracterizada exclusivamente por distúrbios cognitivos / psiquiátricos que não configurem incapacidade para vida cível (sem curatela definitiva), sendo que se consideram distúrbios cognitivos aqueles distúrbios relacionados às capacidades de memória, atenção, percepção, raciocínio, juízo, pensamento e linguagem.**

Somente serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de AVC, com sequelas

neurológicas típicas da doença, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da cobertura individual, depois de cumprido o prazo de carência, se houver.

1.1.4 INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL

Insuficiência renal terminal é a etapa final de diversas doenças renais, caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou de transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por médico nefrologista e demonstrado por exames complementares apropriados, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

Não estão compreendidos por esta cobertura os quadros transitórios de insuficiência renal, mesmo que ainda realizado tratamento de diálise.

Somente serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de insuficiência renal terminal, desde que a doença causadora do quadro tenha se manifestado no período de vigência da cobertura individual, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

1.1.5 DOENÇA DE ALZHEIMER

Diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer – demência pré-senil – antes dos 65 anos de idade, feito por médico neurologista ou psiquiatra e confirmado por achados típicos nos exames clínicos (testes cognitivos) e de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons), de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas.

Para caracterização desta cobertura, o segurado deve apresentar quadro de demência avançada que demande supervisão e cuidados constantes de terceiros e o invalide definitivamente para vida cível.

Outra maneira de caracterização desta cobertura é a Doença de Alzheimer deixar o segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

- a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro.
- b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa.
- c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene.
- d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano.
- e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino.
- f) Alimentar-se - capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida.

O quadro de demência avançada deve ser comprovado com apresentação de termo de curatela definitiva. As incapacidades para as atividades da vida diária

devem ser simultâneas e clinicamente documentadas para diagnóstico definitivo da doença.

Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) **Outros quadros de demência que não sejam considerados como decorrentes da Doença de Alzheimer.**
- b) **Diagnóstico isolado de Doença de Alzheimer, que não resulte em quadro de sequelas incapacitantes para a vida cível ou para as atividades da vida diária, conforme definição acima descrita.**

Somente serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer e manifestarem incapacidades para vida cível ou para atividades da vida diária, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da cobertura individual, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

1.1.6 DOENÇA (OU MAL) DE PARKINSON

Diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson primária ou idiopática, antes dos 65 anos de idade, feito por médico neurologista e confirmado por achados típicos nos exames clínicos, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas.

Para caracterização desta cobertura, a Doença de Parkinson deve resultar em sequelas motoras que restrinjam o segurado ao leito – incapacidade de se levantar sem ajuda externa – e que demandem supervisão e cuidados constantes de terceiros.

Outra maneira de caracterização desta cobertura é a Doença de Parkinson deixar o segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

- a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro.
- b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa.
- c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene.
- d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano.
- e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino.
- f) Alimentar-se – capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida.

A restrição ao leito e as incapacidades para as atividades da vida diária devem ser clinicamente documentadas para confirmação do diagnóstico.

Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) **Todas as outras formas de Parkinsonismo que não a Doença de Parkinson primária ou idiopática, como as decorrentes de uso de medicamentos e de trauma crânio encefálico.**

- b) **Diagnóstico isolado de Doença de Parkinson primária ou idiopática, que não resulte em quadro de sequelas motoras que restrinjam o segurado ao leito ou o incapacitem para as atividades da vida diária, conforme definição acima descrita.**

Somente serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson, com restrição ao leito ou incapacidades para atividades da vida diária, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado e sido diagnosticada no período de vigência da cobertura individual, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

1.2 RELAÇÃO DOS TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS COBERTOS

Para fins desta cobertura, considera-se como transplante coberto, apenas os abaixo mencionados, com diagnóstico comprovado por exames e laudo médico.

1.2.1 TRANSPLANTE DE ÓRGÃO

Procedimento cirúrgico em que o segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos: **coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim, intestino, córnea ou medula óssea**. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) **Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial.**
- b) **Transplantes de órgão de animais, não humanos.**
- c) **Autotransplante de medula óssea.**
- d) **Transplante de células-tronco (células embrionárias).**
- e) **Transplante de células beta do pâncreas.**
- f) **Transplante de órgãos não mencionados no primeiro parágrafo desta cláusula.**

Somente serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cujo diagnóstico da necessidade e realização da cirurgia para transplante de órgão tenham ocorrido no período da cobertura individual, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais e na cláusula 1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS destas condições especiais, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **toda e qualquer doença e/ou lesão com diagnóstico anterior ao início de vigência da cobertura individual ou durante o período de carência;**

- b) **acidentes médicos ou de acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações, que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação, conduzidas por pilotos não legalmente habilitados, ou que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar, salvo quando o acidente provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
- d) **por consequência indesejada decorrente de cirurgia eletiva;**
- e) **internações decorrentes de ações do segurado contrárias a Lei ou por infrações de trânsito.**

3 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

Não haverá direito à indenização para eventos ocorridos durante o período de carência.

4 FRANQUIA

Não há.

5 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como data do evento a data do diagnóstico da doença grave ou da data de diagnóstico de necessidade de transplante.

No caso de diagnóstico da necessidade de transplante, a indenização, quando devida, será paga em duas parcelas, sendo 50% (cinquenta por cento) quando

do diagnóstico da necessidade de transplante e 50% (cinquenta por cento) na alta médica hospitalar após a realização do transplante.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Declaração, relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, detalhando a natureza da situação específica que fundamenta o diagnóstico;
- b) Exames realizados e que serviram de base na análise que levou ao diagnóstico da doença grave ou da necessidade de transplante;
- c) Certidão de óbito do segurado, em caso de óbito ocorrido antes do recebimento da indenização;
- a) Documentos que comprovem a alta hospitalar, em caso de transplante;
- b) Exames que comprovem realização do transplante, a eficácia do tratamento e, que serviram de base na análise que levou a decisão pela alta médica hospitalar.

8 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil. Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais.

9 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após a ocorrência de sinistro indenizável.

10 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Após o pagamento de indenização de sinistro decorrente desta cobertura, ocorrerá a cessação da referida cobertura, para o segurado sinistrado, seja ele o segurado principal ou dependente, permanecendo vigente o seu certificado individual com as demais coberturas contratadas.

A cessação da cobertura em razão do sinistro indenizado não se aplica aos demais segurados, sejam eles o segurado principal ou dependentes, cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

11 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (DIAG-CANCER)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao próprio segurado, de uma única vez, em caso de receber durante o período de vigência da cobertura individual o diagnóstico de câncer, respeitando o capital segurado e o período de carência, especificados no certificado individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para fins desta cobertura considera-se:

Câncer (Neoplasia): doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas.

O termo câncer é sinônimo de “neoplasia maligna” e “tumor maligno”. Inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Doença de Hodgkin e todos os demais cânceres, conforme definição.

Para fins deste plano de seguro, considera-se exame histológico aquele realizado por um médico patologista que, usando o microscópio, analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças.

Todos os diagnósticos devem ser feitos por médico habilitado e comprovado por exames conclusivos, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas. A KAPAM SEGURADORA reserva-se o direito de solicitar avaliação complementar por médico indicado por ela, sem prejuízo do laudo do médico assistente.

Somente serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de câncer e desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da cobertura individual, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico definitivo realizado, estando excluída a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico definitivo de mais de um câncer.

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais e na cláusula 1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS destas condições especiais, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência de:

- a) todos os cânceres não invasivos (in situ), lesões ou tumores pré-malignas, qualquer grau / estágio de neoplasia intraepitelial cervical (NIC: alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer) - displasia do colo uterino;
- b) qualquer tipo de câncer de pele, tais como o carcinoma basocelular e o carcinoma de células escamosas, que não seja melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5mm, segundo a classificação de Breslow;
- c) câncer de próstata abaixo do estágio T2 N0 M0 pela classificação TNM;
- d) sarcoma de Kaposi ou qualquer outro tumor maligno diagnosticado em um portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV);
- e) toda e qualquer doença e/ou lesão com diagnóstico anterior ao início de vigência da cobertura individual ou durante o período de carência;
- f) acidentes médicos ou de acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações, que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação, conduzidas por pilotos não legalmente habilitados, ou que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar, salvo quando o acidente provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- g) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- h) por consequência indesejada decorrente de cirurgia eletiva;
- i) internações decorrentes de ações do segurado contrárias a Lei ou por infrações de trânsito.

3 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

Não haverá direito à indenização para eventos ocorridos durante o período de carência.

4 FRANQUIA

Não há.

5 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como data do evento a data do diagnóstico do câncer.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Declaração, relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, detalhando a natureza da situação específica que fundamenta o diagnóstico;
- b) Exames realizados e que serviram de base na análise que levou ao diagnóstico do câncer;
- c) Certidão de óbito do segurado, em caso de óbito ocorrido antes do recebimento da indenização.

8 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais.

9 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após a ocorrência de sinistro indenizável.

10 CESSAÇÃO DE COBERTURA

Após o pagamento de indenização de sinistro decorrente desta cobertura, ocorrerá a cessação da referida cobertura, para o segurado sinistrado, seja ele o segurado principal ou dependente, permanecendo vigente o seu certificado individual com as demais coberturas contratadas.

A cessação da cobertura em razão do sinistro indenizado não se aplica aos demais segurados, sejam eles o segurado principal ou dependentes, cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

11 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE ADIANTAMENTO POR DOENÇA TERMINAL (ADT)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento de uma indenização ao segurado, de uma única vez, correspondente a antecipação de um percentual do capital segurado contratado para a cobertura Morte (M), em caso de receber o diagnóstico de uma das doenças em estágio terminal previstas nesta cobertura, cujo evento tenha ocorrido durante a vigência da cobertura individual, respeitando o capital segurado e o período de carência, especificados no certificado individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para fins desta cobertura, considera-se doença em estágio terminal, àquela 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, devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada indicando o tempo estimado de sobrevida do segurado.

Os diagnósticos devem ser feitos por médico habilitado e comprovado por exames conclusivos, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas. A seguradora reserva-se o direito de solicitar avaliação complementar por médico indicado por ela, sem prejuízo do laudo do médico assistente.

Somente serão garantidos por esta cobertura os segurados que receberem diagnóstico definitivo da doença terminal e desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da cobertura individual, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura Morte (M).

1.1 RELAÇÃO DAS DOENÇAS TERMINAIS COBERTAS

Para fins desta cobertura, considera-se como doença grave coberta, apenas as doenças abaixo mencionadas, com diagnóstico comprovado por exames e laudo médico.

1.1.1 DOENÇA CARDÍACA GRAVE

Doenças cardíacas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças das válvulas cardíacas e/ou do músculo cardíaco, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia a céu aberto, assim como a doença cardíaca geradora de sintomas de insuficiência do órgão (falta de ar, dor no peito e cansaço) mesmo em repouso.

1.1.2 DOENÇA PULMONAR GRAVE

Doenças pulmonares relacionadas ao aumento permanente dos sacos aéreos (alvéolos) com perda da capacidade de expirar completamente (enfisema), obstruções pulmonares hereditárias (fibrose cística), infecções prolongadas e cicatrização permanente e espessamento do tecido pulmonar.

1.1.3 DOENÇA RENAL GRAVE

Perda progressiva, irreversível e definitiva da função de ambos os rins, com necessidade permanente de diálise (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

Não estão compreendidos por esta cobertura os quadros transitórios de insuficiência renal, mesmo que ainda realizado tratamento de diálise.

1.1.4 SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)

Doença causada pela infecção pelo vírus HIV, caracterizada por sinais e sintomas de imunodeficiência grave, com contagem de linfócitos CD4 abaixo de 200 células/mm³ ou inferior a 14% do total de linfócitos, associada à presença de infecções oportunistas, neoplasias malignas, emagrecimento grave ou demência relacionada ao HIV.

1.1.5 PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE

Perda definitiva da capacidade de contração muscular voluntária em membros ou grupos musculares, causada por lesão ou disfunção orgânica da via motora, desde o córtex cerebral até a musculatura periférica.

O diagnóstico deverá ser comprovado por exames neurológicos conclusivos e persistir após período mínimo de acompanhamento clínico, afastando-se quadros transitórios ou reversíveis.

1.1.6 CÂNCER (NEOPLASIA)

Doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O termo câncer é sinônimo de “neoplasia maligna” e “tumor maligno”. Inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Doença de Hodgkin e todos os demais cânceres.

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais e na cláusula 1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS destas condições especiais, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência de:

- a) toda e qualquer doença e/ou lesão com diagnóstico anterior ao início de vigência da cobertura individual ou durante o período de carência;**

- b) **acidentes médicos ou de acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações, que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação, conduzidas por pilotos não legalmente habilitados, ou que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar, salvo quando o acidente provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
- d) **por consequência indesejada decorrente de cirurgia eletiva;**
- e) **internações decorrentes de ações do segurado contrárias a Lei ou por infrações de trânsito.**

3 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

Não haverá direito à indenização para eventos ocorridos durante o período de carência.

4 FRANQUIA

Não há.

5 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

O percentual de antecipação do capital segurado da cobertura Morte (M) deve ser definido na proposta de adesão, no certificado individual e na proposta de contratação.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como data do evento a data indicada pelo médico assistente na declaração

médica que deverá estar acompanhada do histórico da patologia, do diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

A data de diagnóstico da doença terminal será consignada por médico que esteja assistindo o segurado.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Declaração, relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, detalhando a natureza da situação específica que fundamenta o diagnóstico;
- b) Exames realizados e que serviram de base na análise que levou ao diagnóstico da doença terminal;
- c) Declaração Médica, assinada pelo médico assistente, indicando a data de diagnóstico definitivo e o tempo estimado de sobrevida do segurado;
- d) Certidão de óbito do segurado, em caso de óbito ocorrido antes do recebimento da indenização.

8 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil. Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais.

9 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após a ocorrência de sinistro indenizável.

10 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

Após o pagamento de indenização decorrente desta cobertura para o segurado principal, se o percentual de antecipação da cobertura Morte (M) for de 100% (cem por cento), ocorrerá a cessação da cobertura e cancelamento do seguro, inclusive para os segurados dependentes. Contudo, após indenização de sinistro com um dos segurados dependentes, o seguro continuará vigente para o

segurado principal e para os demais dependentes, permanecendo inalterados os respectivos certificados individuais.

Após o pagamento de indenização decorrente desta cobertura para o segurado principal, se o percentual de antecipação da cobertura Morte (M) for inferior a 100% (cem por cento), o capital segurado da cobertura Morte (M) será reduzido proporcionalmente ao valor antecipado, permanecendo vigente o certificado individual do segurado sinistrado com as demais coberturas contratadas, inclusive a cobertura de Morte (M), limitada ao capital remanescente. Nesse caso, a redução do capital segurado da cobertura Morte (M) em razão do sinistro indenizado não se aplica aos demais segurados, sejam eles o segurado principal ou dependentes, cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

11 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE RESCISÃO CONTRATUAL POR MORTE (RCM)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao beneficiário, de uma única vez, referente às despesas efetuadas com a rescisão do contrato de trabalho, bem como com as despesas de recolocação de pessoal, desde que devidamente comprovadas, em caso de falecimento do segurado, por causas naturais ou acidentais, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para contratação desta cobertura, é obrigatório que o segurado possua vínculo empregatício com Estipulante ou o Subestipulante da apólice coletiva.

2 CONTRATAÇÃO POR SEGURADOS DEPENDENTES

Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **falecimentos em decorrência de acidentes de trabalho, salvo se o Estipulante ou Subestipulante comprovar a isenção de culpabilidade direta ou indireta;**
- b) **despesas não diretamente relacionadas à rescisão contratual ou recolocação de pessoal, tais como multas administrativas, encargos previdenciários ou indenizações trabalhistas não previstas nestas condições especiais.**

4 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.
- c) Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

5 FRANQUIA

Não há.

6 BENEFICIÁRIO

O beneficiário será o Estipulante ou Subestipulante, conforme o caso, da apólice coletiva, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do segurado.

7 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto, independentemente do valor total das verbas rescisórias e das despesas de recolocação de pessoal em função do falecimento do segurado.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do falecimento do segurado, comprovada mediante certidão de óbito.

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Certidão de Óbito do segurado;
- b) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- c) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- d) Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- e) Exame(s) de diagnóstico da doença que causou o óbito, se houver;
- f) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.
- g) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste no Laudo de Exame Cadavérico;
- h) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- i) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;

- j) Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima;
- k) Contrato de Trabalho firmado entre o segurado e o Estipulante ou Subestipulante, conforme o caso;
- l) Carteira de Trabalho atualizada;
- m) Comprovante de pagamento do salário do mês da ocorrência do óbito;
- n) Termo de rescisão do Contrato de Trabalho;

Em caso de despesas com recolocação de pessoal, enviar também:

- a) Declaração do Estipulante/Subestipulante descrevendo a necessidade de substituição e identificando o novo funcionário;
- b) Comprovante das despesas efetivamente realizadas pelo (Estipulante/Subestipulante) com a contratação e recolocação de pessoal para substituição do segurado falecido em suas atividades, tais como notas fiscais, recibos ou documentos equivalentes;
- c) Contrato de trabalho ou termo de admissão do substituto.

9 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após a ocorrência de sinistro indenizável.

10 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro, inclusive para os segurados dependentes, após indenização de sinistro com o segurado principal decorrente desta cobertura.

11 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE RESCISÃO CONTRATUAL POR MORTE ACIDENTAL (RCMA)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao beneficiário, de uma única vez, referente às despesas efetuadas com a rescisão do contrato de trabalho, bem como com as despesas de recolocação de pessoal, desde que devidamente comprovadas, em caso de falecimento do segurado em decorrência de acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para contratação desta cobertura, é obrigatório que o segurado possua vínculo empregatício com Estipulante ou o Subestipulante da apólice coletiva.

2 CONTRATAÇÃO POR SEGURADOS DEPENDENTES

Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência de:

- a) qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;
- b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- c) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- d) acidentes sofridos anteriormente ao início de vigência da cobertura individual, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência;
- e) cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;

- f) **perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- g) **falecimentos em decorrência de acidentes de trabalho, salvo se o Estipulante ou Subestipulante comprovar a isenção de culpabilidade direta ou indireta;**
- h) **despesas não diretamente relacionadas à rescisão contratual ou recolocação de pessoal, tais como multas administrativas, encargos previdenciários ou indenizações trabalhistas não previstas nestas condições especiais.**

4 CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

5 FRANQUIA

Não há.

6 BENEFICIÁRIO

O beneficiário será o Estipulante ou Subestipulante, conforme o caso, da apólice coletiva, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do segurado.

7 CAPITAL SEGUADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto, independentemente do valor total das verbas rescisórias e das despesas de recolocação de pessoal em função do falecimento do segurado.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) **Certidão de Óbito do segurado;**
- b) **Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;**
- c) **Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;**

- d) Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste no Laudo de Exame Cadavérico;
- f) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- g) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- h) Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima;
- i) Contrato de Trabalho firmado entre o segurado e o Estipulante ou Subestipulante, conforme o caso;
- j) Carteira de Trabalho atualizada;
- k) Comprovante de pagamento do salário do mês da ocorrência do óbito;
- l) Termo de rescisão do Contrato de Trabalho;

Em caso de despesas com recolocação de pessoal, enviar também:

- a) Declaração do Estipulante/Subestipulante descrevendo a necessidade de substituição e identificando o novo funcionário;
- b) Comprovante das despesas efetivamente realizadas pelo beneficiário (Estipulante ou Subestipulante) com a contratação e recolocação de pessoal para substituição do segurado falecido em suas atividades, tais como notas fiscais, recibos ou documentos equivalentes;
- c) Contrato de trabalho ou termo de admissão do substituto.

9 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após a ocorrência de sinistro indenizável.

10 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro, inclusive para os segurados dependentes, após indenização de sinistro com o segurado principal decorrente desta cobertura.

11 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE RESCISÃO CONTRATUAL POR INVALIDEZ POR ACIDENTE OU DOENÇA (RCINV)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao beneficiário, de uma única vez, referente às despesas efetuadas com a rescisão do contrato de trabalho, bem como com as despesas de recolocação de pessoal, desde que devidamente comprovadas, em caso de Aposentadoria decorrente de Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doença do segurado, ocorrida durante o período de vigência da cobertura individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para fins desta cobertura será considerada como Aposentadoria decorrente de invalidez permanente total por acidente ou doença aquela concedida pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, como Aposentadoria por Incapacidade Permanente, a segurados que ficam incapacitados de forma total e permanente para o trabalho em decorrência de uma doença ou acidente, sem previsão de melhora.

Para contratação desta cobertura, é obrigatório que o segurado possua vínculo empregatício com Estipulante ou o Subestipulante da apólice coletiva.

2 CONTRATAÇÃO POR SEGURADOS DEPENDENTES

Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência de:

- a) invalidez concedida em decorrência de acidentes de trabalho, salvo se o Estipulante ou Subestipulante comprovar a isenção de culpabilidade direta ou indireta.**
- b) invalidez concedida em decorrência de acidentes sofridos anteriormente ao início de vigência da cobertura individual, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência;**
- c) invalidez concedida em decorrência de doença e/ou lesão com diagnóstico anterior ao início de vigência da cobertura individual ou diagnosticada durante o período de carência;**
- d) despesas não diretamente relacionadas à rescisão contratual ou recolocação de pessoal, tais como multas administrativas, encargos previdenciários ou indenizações trabalhistas não previstas nestas condições especiais.**

4 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.
- c) Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

5 FRANQUIA

Não há.

6 BENEFICIÁRIO

O beneficiário será o Estipulante ou Subestipulante, conforme o caso, da apólice coletiva, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do segurado.

7 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto, independentemente do valor total das verbas rescisórias e das despesas de recolocação de pessoal em função do falecimento do segurado.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada a data de concessão da Aposentadoria por Incapacidade Permanente pelo INSS indicada em extrato oficial no INSS.

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Carta de concessão de Aposentadoria por Incapacidade Permanente emitida pelo INSS contendo a data de concessão da aposentadoria;
- b) Laudos médicos, exames complementares e atestados que fundamentaram a concessão da aposentadoria;

- c) Contrato de Trabalho firmado entre o segurado e o Estipulante ou Subestipulante, conforme o caso;
- d) Carteira de Trabalho atualizada;
- e) Termo de rescisão do Contrato de Trabalho;

Em caso de despesas com recolocação de pessoal, enviar também:

- a) Declaração do Estipulante/Subestipulante descrevendo a necessidade de substituição e identificando o novo funcionário;
- b) Comprovante de pagamento das despesas efetivamente realizadas pelo beneficiário (Estipulante ou Subestipulante) com a contratação e recolocação de pessoal para substituição do segurado aposentado em suas atividades, tais como notas fiscais, recibos ou documentos equivalentes;
- c) Contrato de trabalho ou termo de admissão do substituto.

9 PERÍCIA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá solicitar perícia médica nos termos da cláusula 24.5.1 SINISTRO: PERÍCIA MÉDICA das condições gerais deste plano de seguro.

10 JUNTA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá propor junta médica nos termos da cláusula 24.5.2 SINISTRO: JUNTA MÉDICA das condições gerais deste plano de seguro.

11 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após a ocorrência de sinistro indenizável.

12 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro, inclusive para os segurados dependentes, após indenização de sinistro com o segurado principal decorrente desta cobertura.

13 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE CESTA NATALIDADE - NECESSIDADES BÁSICAS (CESTA NAT - NB)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao segurado, de uma única vez, em razão do nascimento de filho legítimo e com vida, para atender às primeiras necessidades básicas da mãe e do bebê, desde que o nascimento tenha ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Quando ambos os pais forem segurados e tiverem contratado esta cobertura, o capital segurado a ser pago não se acumula. Nesse caso, o sinistro será registrado em apenas um dos certificados individuais, à escolha do segurado que fizer a solicitação, não gerando pagamento em duplicidade.

2 CONTRATAÇÃO POR SEGURADOS DEPENDENTES

Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência de:

- a) nascimentos ocorridos anteriores ao início de vigência da cobertura individual;**
- b) nascimento de filhos natimortos;**
- c) adoção;**
- d) nascimentos ocorridos durante a vigência da cobertura individual, cuja gestação tenha se iniciado antes da contratação do seguro.**

4 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.**
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.**

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

Não haverá direito à indenização para eventos ocorridos durante o período de carência.

Somente estarão cobertos por esta cobertura os filhos nascidos vivos após o término do período de carência.

5 FRANQUIA

Não há.

6 CAPITAL SEGUADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

O pagamento do capital segurado será efetuado **por parto**, independentemente da quantidade de filhos legítimos nascidos vivos, e em parcela única para cada parto.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do nascimento do filho legítimo vivo, ou seja, a data do parto.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Certidão de nascimento dos filhos legítimos e vivos;
- b) Em caso de parto múltiplo (gêmeos, trigêmeos etc.), certidão de nascimento de cada criança (apenas para comprovação do evento, mesmo que o pagamento seja único);
- c) Declaração do hospital/maternidade ou relatório médico atestando o nascimento com vida (quando houver dúvida ou divergência no registro).

8 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais deste plano de seguro.

9 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

A reintegração do capital segurado é automática após a ocorrência de sinistro indenizável.

10 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE CESTA NATALIDADE - DESPESAS EXTRAS (CESTA NAT - DE)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao segurado, de uma única vez, em razão do nascimento de filho legítimo e com vida, a título de reembolso com despesas extras, oriundas do nascimento do bebê, desde que o nascimento tenha ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para fins desta cobertura, entende-se despesas extras os gastos vinculados ao nascimento do(s) filho(s) legítimo(s) vivo(s) do segurado, nos 4 (quatro) primeiros dias a contar da data do parto, com: fraldas, vacinas, registros, despesas com documentos, alimentação do acompanhante e/ou do segurado, recibos de estacionamento, locomoção, além de medicamentos e suplementos alimentares, estes contemplados se estiverem prescritos em receita médica, sendo que todos os gastos devem ser devidamente comprovados por notas fiscais ou recibos.

Quando ambos os pais forem segurados e tiverem contratado esta cobertura, o capital segurado a ser pago não se acumula. Nesse caso, o sinistro será registrado em apenas um dos certificados individuais, à escolha do segurado que fizer a solicitação, não gerando pagamento em duplicidade.

2 CONTRATAÇÃO POR SEGURADOS DEPENDENTES

Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência de:

- a) nascimentos ocorridos anteriores ao início de vigência da cobertura individual;**
- b) nascimento de filhos natimortos;**
- c) adoção;**
- d) nascimentos ocorridos durante a vigência da cobertura individual, cuja gestação tenha se iniciado antes da contratação do seguro;**
- e) reembolso de gastos que não estejam previstos na cláusula 1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS destas condições especiais.**

4 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

Não haverá direito à indenização para eventos ocorridos durante o período de carência.

Somente estarão cobertos por esta cobertura os filhos nascidos vivos após o término do período de carência.

5 FRANQUIA

Não há.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

O valor total reembolsado não poderá ser superior ao capital segurado vigente na data do evento.

O pagamento do capital segurado será efetuado **por parto**, independentemente da quantidade de filhos legítimos nascidos vivos, e em parcela única para cada parto.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do nascimento do(s) filho(s) legítimo(s) vivo(s), ou seja, a data do parto.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Certidão de nascimento dos filhos legítimos e vivos;
- b) Em caso de parto múltiplo (gêmeos, trigêmeos etc.), certidão de nascimento de cada criança (apenas para comprovação do evento, mesmo que o pagamento seja único);

- c) Declaração do hospital/maternidade ou relatório médico atestando o nascimento com vida (quando houver dúvida ou divergência no registro);
- d) Notas fiscais e outros comprovantes originais do pagamento de despesas com fraldas, vacinas, registros, despesas com documentos, alimentação do acompanhante e/ou do segurado, recibos de estacionamento, locomoção, além de medicamentos e suplementos alimentares, estes contemplados se estiverem prescritos em receita médica.
- e) Documento de identificação (CPF e RG ou CNH ou Passaporte) e comprovante de residência da pessoa física que efetuou o pagamento das despesas e que constar nas Notas Fiscais;
- f) Em caso de pagamento de despesas feitas por pessoa jurídica e que conte nas Notas Fiscais: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social.

8 BENEFICIÁRIO

O beneficiário para fins de reembolso será a pessoa física ou jurídica que se apresentar como sendo aquela que efetuou o pagamento de qualquer das despesas reembolsáveis pela presente cobertura entregando o respectivo comprovante original dos gastos.

Caso o segurado, sendo ele o responsável pelo pagamento das despesas reembolsáveis, venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais deste plano de seguro.

9 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

A reintegração do capital segurado é automática após a ocorrência de sinistro indenizável.

10 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DOENÇAS CONGÊNITAS DE FILHOS (DCF)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao segurado, de uma única vez, em razão do nascimento de filho legítimo, com vida, portador de doença congênita, desde que diagnosticada e comprovada até o 6º (sexto) mês posterior ao nascimento, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para fins deste seguro, serão consideradas como doenças congênitas as disfunções fisiológicas de origem sistêmica bem como as provocadas por más formações anatômicas, presentes no nascimento, diagnosticadas e comprovadas como congênitas, por uma declaração de médico especialista, sejam quais forem as suas causas.

A doença congênita deve ser comprovada por documentação médica pertinente até o 6º (sexto) mês após o dia do nascimento do filho do segurado, devendo, ainda, ser reconhecida pela KAPAM SEGURADORA.

O segurado principal compromete-se a submeter o filho à perícia médica, caso seja necessário e desde que requerido pela KAPAM SEGURADORA.

Quando ambos os pais forem segurados e tiverem contratado esta cobertura, o capital segurado a ser pago não se acumula. Nesse caso, o sinistro será registrado em apenas um dos certificados individuais, à escolha do segurado que fizer a solicitação, não gerando pagamento em duplicidade.

2 CONTRATAÇÃO POR SEGURADOS DEPENDENTES

Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência de:

- a) toda e qualquer doença congênita com diagnóstico anterior ao início de vigência da cobertura individual ou durante o período de carência;**
- b) doenças que não observem o conceito de doenças congênitas definido nestas condições especiais;**
- c) eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período de gestação;**

- d) **defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;**
- e) **defeitos congênitos decorrentes pelo mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde;**
- f) **nascimento de filhos natimortos**
- g) **adoção;**
- h) **nascimentos ocorridos anteriores ao início de vigência da cobertura individual;**
- i) **nascimentos ocorridos durante a vigência da cobertura individual, cuja gestação tenha se iniciado antes da contratação do seguro.**

4 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

Não haverá direito à indenização para eventos ocorridos durante o período de carência.

Somente estarão cobertos por esta cobertura os filhos nascidos vivos após o término do período de carência.

5 FRANQUIA

Não há.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatado a doença para ambos os filhos, o capital segurado a ser indenizado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do nascimento do filho com doença congênita devidamente comprovada por médico que esteja assistindo ao filho do 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.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Certidão de nascimento do filho;
- b) Declaração médica informando qual a doença congênita apresentada pela criança, contendo informações mínimas que permita avaliar o grau de manifestação da doença, tais como: segmentos, órgãos e funções afetadas, tratamento proposto e prognóstico;
- c) Documentos médicos e exames que tenha embasado o diagnóstico da doença;
- d) Relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
- e) Cópia do teste do pezinho.

8 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil. Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais deste plano de seguro.

9 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

A reintegração do capital segurado é automática após a ocorrência de sinistro indenizável.

10 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE NASCIMENTO PREMATURO DE FILHOS (NPF)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao segurado, de uma única vez, em razão do nascimento de filho legítimo prematuro e com vida, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para fins deste seguro, entende-se por prematuros o recém-nascido vivo, com menos de 37 semanas completas de gestação.

Quando ambos os pais forem segurados e tiverem contratado esta cobertura, o capital segurado a ser pago não se acumula. Nesse caso, o sinistro será registrado em apenas um dos certificados individuais, à escolha do segurado que fizer a solicitação, não gerando pagamento em duplicidade.

2 CONTRATAÇÃO POR SEGURADOS DEPENDENTES

Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência de:

- a) nascimentos ocorridos anteriores ao início de vigência da cobertura individual;**
- b) nascimento de filhos natimortos**
- c) adoção;**
- d) recém-nascido vivo, a partir ou com mais de 37 semanas completas de gestação;**
- e) nascimentos ocorridos durante a vigência da cobertura individual, cuja gestação tenha se iniciado antes da contratação do seguro.**

4 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.**
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.**

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

Não haverá direito à indenização para eventos ocorridos durante o período de carência.

Somente estarão cobertos por esta cobertura os filhos prematuros nascidos vivos após o término do período de carência.

5 FRANQUIA

Não há.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

Em caso de nascimento de mais de uma criança prematura, no mesmo parto, o capital segurado a ser indenizado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos prematuros nascidos vivos.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do nascimento do(s) filho(s) legítimo(s) vivo(s) prematuro(s), ou seja, a data do parto.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Certidão de nascimento do filho;
- b) Em caso de parto múltiplo (gêmeos, trigêmeos etc.), certidão de nascimento de cada criança;
- c) Declaração do hospital/maternidade ou relatório médico atestando o nascimento com vida (quando houver dúvida ou divergência no registro);
- d) Documento que indique a idade gestacional do bebê no momento do parto (ex.: relatório de nascimento ou atestado hospitalar indicando semanas de gestação).

8 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais deste plano de seguro.

9 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

A reintegração do capital segurado é automática após a ocorrência de sinistro indenizável.

10 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE FILHOS PÓSTUMOS (M-FP)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura, quando contratada, consiste no pagamento do capital segurado ao responsável legal pelo nascituro, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado principal, por causas naturais ou acidentais, ocorrido durante o período gestacional e durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o capital segurado especificado no certificado individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro

Para o reconhecimento do direito à indenização, é necessário comprovar que a gravidez estava ativa no momento do falecimento do segurado principal, mediante apresentação de documentação médica válida, tais como laudos de ultrassonografia ou declaração médica. A ausência de comprovação da gestação ativa no momento do falecimento pode acarretar a negativa do pagamento da indenização.

Quando o segurado principal for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do segurado principal.

O pagamento da indenização somente será realizado após o nascimento do filho do segurado principal, observando que em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida igualmente entre o número de filhos nascituros, respeitada a apresentação da documentação necessária e o limite de capital segurado total contratado para esta cobertura. Partos subsequentes de outros filhos nascituros não estarão cobertos pelo seguro.

Para fins desta cobertura consideram-se:

- a) **Nascituros:** os filhos, do segurado principal, nascidos vivos. Quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.
- b) **Natimorto:** é a designação dada ao feto que morre ainda dentro do útero da mãe ou durante o parto.
- c) **Responsável legal:** para fins de indenização desta cobertura, será o pai ou a mãe ou responsável legal que detenha a guarda oficial e poderes jurídicos comprovados para representar o menor de idade.
- d) **Período Gestacional:** período entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.

2 CONTRATAÇÃO POR SEGURADOS DEPENDENTES

Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência de:

- a) nascimentos ocorridos anteriores ao óbito do segurado principal;**
- b) nascimento de filhos natimortos;**
- c) adoção;**
- d) partos subsequentes de outros filhos nascituros ocorridos após o parto que deu origem a primeira e única indenização do seguro.**

4 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

Não haverá direito à indenização para eventos ocorridos durante o período de carência.

5 FRANQUIA

Não há.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do falecimento do segurado principal, comprovada mediante certidão de óbito.

Em caso de nascimento de mais de um filho, no mesmo parto, o capital segurado a ser indenizado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de

sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Certidão de óbito do segurado principal;
- b) Certidão de nascimento dos filhos nascituros, cuja paternidade ou maternidade pelo segurado principal seja reconhecida e registrada;
- c) Documento que comprove a gestação em andamento no momento do falecimento do segurado principal (podendo ser: laudo de exame de ultrassonografia obstétrica com data anterior ao óbito, ou declaração médica atestando a gravidez, com CRM e assinatura do médico, ou prontuário hospitalar que indique a gestação, ou certidão de óbito, se contiver menção à gestação, ou ainda laudo de necropsia, caso confirme gestação ativa no momento do óbito);
- d) Cópia de documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho nascituro do segurado principal, quando o responsável legal não for pai ou mãe.

8 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o filho nascituro do segurado principal, representado pelo seu responsável legal podendo ser pai, mãe ou outra pessoa que possua a guarda oficial e poderes jurídicos comprovados para representar o menor de idade.

Caso o beneficiário venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais deste plano de seguro.

9 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após a ocorrência de sinistro indenizável.

10 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro, inclusive para os segurados dependentes, após indenização de sinistro com o segurado principal decorrente desta cobertura.

11 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE (AUX-ALIM)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento ao beneficiário de indenização por reembolso das despesas alimentação do cônjuge e filhos do segurado e, na falta destes, dos pais do segurado, pelo número de meses contratado, em caso de falecimento do segurado, por causas naturais ou acidentais, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o limite máximo do reembolso por parcela mensal, sendo que o total indenizado não ultrapassará o valor do capital segurado, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para efeito de indenização, são consideradas como despesas passíveis de reembolso, as realizadas com aquisição de alimentos em geral, produtos de limpeza e higiene pessoal, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais contendo a discriminação dos produtos adquiridos, até o limite do capital segurado para esta cobertura.

Caberá ao beneficiário a livre escolha dos fornecedores desde que legalmente constituídos, bem como do tipo e quantidade de alimentos desejados.

O reembolso será realizado para pessoa física ou jurídica que constar nas notas fiscais apresentadas como sendo aquela que efetuou o pagamento das despesas com aquisição dos produtos.

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS, das condições gerais deste seguro, não estão cobertas e não serão reembolsadas as despesas com a aquisição de bebidas alcoólicas.

3 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.
- c) Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

4 FRANQUIA

Não há.

5 BENEFICIÁRIO

O beneficiário para fins de reembolso será a pessoa física ou jurídica que constar nas notas fiscais apresentadas como sendo aquela que efetuou o pagamento das despesas com aquisição dos produtos permitidos e destinados ao cônjuge e filhos do segurado e, na falta destes, aos pais do segurado.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do falecimento do segurado, comprovada mediante certidão de óbito.

O reembolso respeitará o valor limite mensal e o número de parcelas mensais contratados e especificados na apólice coletiva e no certificado individual, sendo que o valor da multiplicação do valor limite mensal e o número de parcelas mensais será sempre igual ao capital segurado.

Para efeito de indenização, consideram-se como despesas passíveis de reembolso as realizadas com aquisição dos produtos permitidos, desde que devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, que podem ser substituídas, a critério da KAPAM SEGURADORA, por outros comprovantes satisfatórios.

As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo custeador e respeitando-se o limite de capital segurado.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Certidão de Óbito do segurado;
- b) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- c) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;

- d) Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste no Laudo de Exame Cadavérico;
- f) Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima;
- g) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- h) Exame(s) de diagnóstico da doença que causou o óbito, se houver;
- i) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados;
- j) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- k) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas para adquirir os produtos permitidos;
- l) Documento de identificação (CPF e RG ou CNH ou Passaporte) e comprovante de residência da pessoa física que efetuou o pagamento das despesas e que constar nas Notas Fiscais;
- m) Em caso de pagamento de despesas feitas por pessoa jurídica e que conte nas Notas Fiscais: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social.

8 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após a ocorrência de sinistro indenizável.

9 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro, inclusive para os segurados dependentes, após indenização de sinistro com o segurado principal decorrente desta cobertura.

Após indenização de sinistro com um dos segurados dependentes, o seguro continuará vigente para o segurado principal e para os demais dependentes cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

10 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO DESPESAS DIVERSAS POR MORTE (AUX-DESP)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento ao beneficiário de indenização por reembolso de despesas diversas referentes a compromissos assumidos pelo segurado, pelo número de meses contratado, em caso de falecimento do segurado, por causas naturais ou acidentais, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando como limite máximo do reembolso por parcela mensal, sendo que o total indenizado não ultrapassará o valor do capital segurado, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para efeito de indenização, são consideradas como despesas passíveis de reembolso aquelas referentes ao pagamento de contas de consumo recorrentes, desde que o segurado seja o responsável financeiro no mês de ocorrência do evento. São contas de consumo elegíveis: energia elétrica, água, gás de cozinha, telefone fixo, celular, aluguel, condomínio, educação e plano de saúde. O reembolso será devido mediante apresentação dos comprovantes originais de pagamento, até o limite do capital segurado para esta cobertura.

Cabe ao beneficiário efetuar o pagamento das despesas recorrentes e compromissos assumidos pelo segurado, previstos nestas condições especiais, e solicitar o respectivo reembolso.

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertas e não serão reembolsadas as despesas que não estiverem listadas na cláusula 1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS destas condições especiais.

3 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.
- c) Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

4 FRANQUIA

Não há.

5 BENEFICIÁRIO

O beneficiário para fins de reembolso será a pessoa física ou jurídica que se apresentar como sendo aquela que efetuou o pagamento de qualquer das despesas diversas reembolsáveis pela presente cobertura entregando o respectivo comprovante original, em nome do segurado, e pago em data posterior ao seu falecimento.

6 CAPITAL SEGUADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do falecimento do segurado, comprovada mediante certidão de óbito.

O reembolso respeitará o valor limite mensal e o número de parcelas mensais contratados e especificados na apólice coletiva e no certificado individual, sendo que o valor da multiplicação do valor limite mensal e o número de parcelas mensais será sempre igual ao capital segurado.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Certidão de Óbito do segurado;
- b) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- c) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- d) Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste no Laudo de Exame Cadavérico;
- f) Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima;

- g) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- h) Exame(s) de diagnóstico da doença que causou o óbito, se houver;
- i) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados;
- j) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- k) Notas fiscais e outros comprovantes originais do pagamento em nome do segurado das despesas diversas reembolsáveis, efetuadas após a data do falecimento do segurado;
- l) Documento de identificação (CPF e RG ou CNH ou Passaporte) e comprovante de residência da pessoa física que efetuou o pagamento das despesas e que constar nas Notas Fiscais;
- m) Em caso de pagamento de despesas feitas por pessoa jurídica e que conte nas Notas Fiscais: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social.

8 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após a ocorrência de sinistro indenizável.

9 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro, inclusive para os segurados dependentes, após indenização de sinistro com o segurado principal decorrente desta cobertura.

Após indenização de sinistro com um dos segurados dependentes, o seguro continuará vigente para o segurado principal e para os demais dependentes, cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

10 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO DESPESAS DIVERSAS POR MORTE ACIDENTAL (AUX-DESP MA)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento ao beneficiário de indenização por reembolso de despesas diversas referentes a compromissos assumidos pelo segurado, pelo número de meses contratado, em caso de falecimento do segurado em decorrência de acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando como limite máximo do reembolso por parcela mensal, sendo que o total indenizado não ultrapassará o valor do capital segurado, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para efeito de indenização, são consideradas como despesas passíveis de reembolso aquelas referentes ao pagamento de contas de consumo recorrentes, desde que o segurado seja o responsável financeiro no mês de ocorrência do evento. São contas de consumo elegíveis: energia elétrica, água, gás de cozinha, telefone fixo, celular, aluguel, condomínio, educação e plano de saúde. O reembolso será devido mediante apresentação dos comprovantes originais de pagamento, até o limite do capital segurado para esta cobertura.

Cabe ao beneficiário efetuar o pagamento das despesas recorrentes e compromissos assumidos pelo segurado, previstos nestas condições especiais, e solicitar o respectivo reembolso.

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertas e não serão reembolsadas as despesas que não estiverem listadas na cláusula 1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS destas condições especiais, além dos os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;**
- b) **intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**

- c) **acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- d) **perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- e) **acidentes sofridos anteriormente ao início de vigência da cobertura individual, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência.**

3 CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

4 FRANQUIA

Não há.

5 BENEFICIÁRIO

O beneficiário para fins de reembolso será a pessoa física ou jurídica que se apresentar como sendo aquela que efetuou o pagamento de qualquer das despesas diversas reembolsáveis pela presente cobertura entregando o respectivo comprovante original, em nome do segurado, e pago em data posterior ao seu falecimento.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.

O reembolso respeitará o valor limite mensal e o número de parcelas mensais contratados e especificados na apólice coletiva e no certificado individual, sendo que o valor da multiplicação do valor limite mensal e o número de parcelas mensais será sempre igual ao capital segurado.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Certidão de Óbito do segurado;
- b) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- c) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- d) Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste no Laudo de Exame Cadavérico;
- f) Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima;
- g) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- h) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- i) Notas fiscais e outros comprovantes originais do pagamento em nome do segurado das despesas diversas reembolsáveis, efetuadas após a data do falecimento do segurado;
- j) Documento de identificação (CPF e RG ou CNH ou Passaporte) e comprovante de residência da pessoa física que efetuou o pagamento das despesas e que constar nas Notas Fiscais;
- k) Em caso de pagamento de despesas feitas por pessoa jurídica e que conte nas Notas Fiscais: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social.

8 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após a ocorrência de sinistro indenizável.

9 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro, inclusive para os segurados dependentes, após indenização de sinistro com o segurado principal decorrente desta cobertura.

Após indenização de sinistro com um dos segurados dependentes, o seguro continuará vigente para o segurado principal e para os demais dependentes, cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

10 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DESPESAS COM ADAPTAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE (DESP-ADPT-IPA)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura, quando contratada, consiste no reembolso das despesas havidas com adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular, caso o segurado venha, por determinação de um médico, necessitar desta alteração e/ou modificação, em caso da invalidez permanente total ou parcial dos membros ou órgãos definidos nestas condições especiais, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o capital segurado especificado no certificado individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

As despesas com a adequação da casa e/ou veículo devem ter sido realizadas em até 18 (dezoito) meses a contar da data do acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura individual, e serão pagas de uma única vez para cada Nota Fiscal apresentada.

Para fins desta cobertura consideram-se:

- a) **Alteração de Casa:** todas as mudanças na residência habitual do segurado que são necessárias para tornar o local de moradia acessível e habitável para o segurado diante da ocorrência do acidente pessoal coberto.
- b) **Modificação de veículo:** todas as alterações no veículo de uso particular do segurado que são necessárias para tornar o veículo acessível para que o segurado possa guiá-lo.
- c) **Residência Habitual:** residência onde o segurado more de forma habitual. Não são consideradas como residência habitual as casas de veraneio ou casas de campo do segurado.
- d) **Veículo Particular:** veículo automotor de 4 (quatro) rodas, com capacidade máxima para 9 (nove) passageiros, fabricado para andar em ruas e rodovias públicas.
- e) **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:** os eventos cobertos relacionados abaixo, 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 e, quando da alta médica definitiva.
 - e.1) Perda total da visão de ambos os olhos
 - e.2) Perda total do uso de ambos os membros superiores
 - e.3) Perda total do uso de ambos os membros inferiores
 - e.4) Perda total do uso de ambas as mãos
 - e.5) Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior
 - e.6) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés

- e.7) Perda total do uso de ambos os pés
- e.8) Alienação mental total incurável
- e.9) Perda total da visão de um olho
- e.10) Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista
- e.11) Surdez total incurável de ambos os ouvidos
- e.12) Surdez total incurável de um dos ouvidos
- e.13) Mudez incurável
- e.14) Fratura não consolidada no maxilar inferior
- e.15) Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral
- e.16) Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral
- e.17) Perda total do uso de um dos membros superiores
- e.18) Perda total do uso de uma das mãos
- e.19) Fratura não consolidada de um dos úmeros
- e.20) Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares
- e.21) Anquilose total de um dos ombros
- e.22) Anquilose total de um dos cotovelos
- e.23) Anquilose total de um dos punhos
- e.24) Perda total do uso de um dos polegares inclusive o metacarpiano
- e.25) Perda total do uso de um dos polegares exclusive o metacarpiano
- e.26) Perda total do uso da falange distal do polegar
- e.27) Perda total do uso de um dos dedos indicadores
- e.28) Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios
- e.29) Perda total do uso de um dos dedos anulares
- e.30) Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar
- e.31) Perda total do uso de um dos membros inferiores
- e.32) Perda total do uso de um dos pés
- e.33) Fratura não consolidada de um fêmur
- e.34) Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros
- e.35) Fratura não consolidada da rótula
- e.36) Fratura não consolidada de um pé
- e.37) Anquilose total de um dos joelhos
- e.38) Anquilose total de um dos tornozelos
- e.39) Anquilose total de um quadril
- e.40) Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé
- e.41) Amputação do 1º (primeiro) dedo
- e.42) Amputação de qualquer outro dedo
- e.43) Perda total do uso de uma falange do 1º dedo

- e.44) Encurtamento de 5 (cinco) centímetros ou mais de um dos membros inferiores
- e.45) Encurtamento de 4 (quatro) centímetros de um dos membros inferiores
- e.46) Encurtamento de 3 (três) centímetros de um dos membros inferiores

A invalidez permanente por acidente deve ser comprovada por relatório médico detalhado pelo médico-assistente do segurado justificando seu o estado de invalidez, acompanhado dos laudos e resultados de exames clínicos e laboratoriais a que o segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura, e o segurado deverá comunicar o sinistro e fornecer os documentos necessários para análise da KAPAM SEGURADORA.

Cabe ao Segurado a livre escolha na compra dos materiais e/ou dos prestadores de serviços, desde que legalmente habilitados.

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;**
- b) **intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- c) **acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- d) **acidentes sofridos anteriormente ao início de vigência da cobertura individual, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência;**
- e) **cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;**

- f) a perda de dentes e os danos estéticos, mesmo que decorrentes de acidente coberto, não darão direito a indenização por invalidez permanente total ou parcial por acidente;
- g) qualquer grau de invalidez sofrida pelo segurado, ainda que decorrente de acidente, desde que provoque sequelas diferentes das discriminadas na Relação dos Eventos Cobertos constante da cláusula 1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS destas condições especiais;
- h) quaisquer doenças, mesmo que desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- i) acidentes médicos ou Acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações, que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação, conduzidas por pilotos não legalmente habilitados, ou que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar, salvo quando o acidente provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- k) despesas com estados de convalescença (após a alta médica) e de dietas especiais, bem como qualquer despesa de acompanhantes;
- l) despesas com aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente coberto;
- m) despesas com incapacidade ou invalidez prescrita por médico assistente parente e/ou que não tenha CRM.

3 CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.**

4 FRANQUIA

Não há.

5 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual de seguro e vigente na data do evento.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.

6 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, e a necessidade da adequação de casa ou modificação do veículo de uso particular, informando sempre se o paciente se encontra em alta médica definitiva e anexando os exames realizados pelo Segurado;
- b) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- c) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo Segurado;
- e) Laudo de Exame de Corpo Delito emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- f) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- g) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- h) Declaração de residência habitual do segurado e comprovante de residência do mês anterior ao sinistro;
- i) Certidão de propriedade do veículo em nome do segurado;
- j) Laudo, emitido pela empresa responsável pelas adequações com o detalhamento dos serviços prestados;
- k) Declaração de único seguro ou de ausência de outro seguro semelhante para a referida cobertura;
- l) Notas fiscais e outros comprovantes originais do pagamento de despesas com as adequações da casa e/ou do veículo;
- m) Documento de identificação (CPF e RG ou CNH ou Passaporte) e comprovante de residência da pessoa física que efetuou o pagamento das despesas e que constar nas Notas Fiscais;
- n) Em caso de pagamento de despesas feitas por pessoa jurídica e que conte nas Notas Fiscais: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social.

7 BENEFICIÁRIO

O beneficiário para fins de reembolso será a pessoa física ou jurídica que se apresentar como sendo aquela que efetuou o pagamento de qualquer das despesas reembolsáveis pela presente cobertura entregando o respectivo comprovante original, acompanhado do respectivo pedido médico e demais documentos exigidos para regulação do sinistro.

Caso o beneficiário venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais deste plano de seguro.

8 PERÍCIA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá solicitar perícia médica nos termos da cláusula 24.5.1 SINISTRO: PERÍCIA MÉDICA das condições gerais deste plano de seguro.

9 JUNTA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá propor junta médica nos termos da cláusula 24.5.2 SINISTRO: JUNTA MÉDICA das condições gerais deste plano de seguro.

10 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

A reintegração do capital segurado é automática após a ocorrência de sinistro indenizável, sem necessidade de pagamento de prêmio adicional ou de solicitação do segurado, porém não haverá a reintegração para fins de pagamento de novos reembolsos em virtude do mesmo evento.

11 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DESPESAS COM DIÁRIAS DE AFASTAMENTO POR INVALIDEZ POR ACIDENTE OU DOENÇA (DESP-DAF- INV)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura, garante ao beneficiário o reembolso de um valor correspondente às despesas trabalhistas, em caso de incapacidade temporária por acidente ou doença, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária do segurado exercer todas as suas atividades profissionais ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, por um período superior a franquia e limitado ao capital segurado, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela KAPAM SEGURADORA.

Para contratação desta cobertura, é obrigatório que o segurado possua vínculo empregatício com Estipulante ou o Subestipulante da apólice coletiva.

2 CONTRATAÇÃO POR SEGURADOS DEPENDENTES

Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertas as diárias por incapacidade temporária ocorridas em consequência de:

- a) toda e qualquer incapacidade decorrente de agravamento, sequela ou reaparecimento de sintomas e sinais, ou ainda, de complicações crônicas ou degenerantes consequentes de tratamentos médicos de qualquer natureza, iniciados antes da contratação deste seguro;
- b) internação para “Check-up”, ou em Instituição de saúde hidroterápica, ou clínica de métodos curativos naturais, casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies, clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento, SPAs, ou internação domiciliar (home care), ou internação para realização e diálise ou hemodiálise;
- c) acidentes médicos ou de acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações, que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação, conduzidas por pilotos não legalmente habilitados, ou que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar, salvo quando o acidente provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- d) **tratamentos e/ou procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e, os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- e) **distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;**
- f) **anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
- g) **internações para convalescença, tratamentos: estéticos, de rejuvenescimento, emagrecimento, geriátrico, obesidade, esterilização, fertilização, mudança de sexo, cirurgias plásticas, cirurgias para correção de miopia, luxações recidiva de qualquer articulação, ou por consequência indesejada decorrente de cirurgia eletiva;**
- h) **internações decorrentes de ações do segurado contrárias a Lei ou por infrações de trânsito;**
- i) **estresse, incluídos “burnout”, e depressão;**
- j) **doenças crônico-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;**
- k) **tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;**
- l) **cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;**
- m) **cirurgias plásticas não reparadoras e nem decorrentes de acidentes sofridos durante a vigência da cobertura individual;**
- n) **fibromialgias;**
- o) **doença Miofascial;**
- p) **tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;**
- q) **tratamento clínico ou cirúrgico de hallux valgus (joanete);**
- r) **todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;**
- s) **tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;**
- t) **tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;**
- u) **tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;**
- v) **complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos.**

4 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.
- c) Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

Não haverá direito à indenização para eventos ocorridos durante o período de carência.

5 FRANQUIA

O período de franquia será definido no contrato de seguro respeitando o prazo máximo de 15 (quinze) dias, e deverá constar no certificado individual.

O período de franquia é contado a partir da data do diagnóstico da incapacidade, sendo que não ocorrerá indenização caso o segurado se restabelecer e receber alta médica durante o período de franquia.

6 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

7 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto, independentemente do valor total das despesas trabalhistas efetivamente comprovadas pelo beneficiário.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada:

- a) como data do evento a data do acidente com o segurado, nos casos de invalidez por acidente;
- b) como data do evento a data da declaração médica determinando o início de invalidez do segurado, nos casos de invalidez por doença;

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Declaração, relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários, detalhando a natureza da situação específica que motivou a incapacidade do segurado e, estimativa do período de incapacidade ou previsão para retorno as atividades laborativas;
- b) Exames realizados e que serviram de base na análise que levou ao diagnóstico da incapacidade temporária e atestado médico confirmando o afastamento profissional;
- c) Exames realizados que comprovem eficácia do tratamento e que serviram de base na análise que levou a decisão pela alta médica aprovação para retorno as atividades laborativas;
- d) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- e) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- f) Laudo de Exame de Corpo Delito emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- g) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- h) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- i) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- j) Contrato de Trabalho firmado entre o segurado e o Estipulante ou Subestipulante, conforme o caso;
- k) Carteira de Trabalho atualizada;
- l) Comprovante de pagamento do salário do mês da ocorrência do óbito;
- m) Comprovante de pagamento das despesas trabalhistas efetivamente realizadas pelo beneficiário (Estipulante ou Subestipulante), tais como notas fiscais, recibos ou documentos equivalentes.

9 PERÍCIA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá solicitar perícia médica nos termos da cláusula 24.5.1 SINISTRO: PERÍCIA MÉDICA das condições gerais deste plano de seguro.

10 JUNTA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá propor junta médica nos termos da cláusula 24.5.2 SINISTRO: JUNTA MÉDICA das condições gerais deste plano de seguro.

11 BENEFICIÁRIO

O beneficiário será o Estipulante ou Subestipulante, conforme o caso, da apólice coletiva, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do segurado.

12 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

A reintegração do capital segurado será automática após cada afastamento, sem necessidade de pagamento de prêmio adicional ou de solicitação do segurado, porém não haverá a reintegração para fins de pagamento de novas diárias em virtude do mesmo evento.

13 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL (AUX-FUN)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento ao beneficiário de indenização por reembolso das despesas com funeral do segurado, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado por causas naturais ou acidentais, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando como limite máximo do reembolso o valor do capital segurado, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS, das condições gerais deste seguro, não estão cobertas e não serão reembolsadas as despesas com a aquisição, locação e/ou manutenção de terrenos, sepultura, jazigos covas ou carneiros.

O presente seguro não contempla o reembolso ou a prestação dos seguintes serviços:

- a) serviços solicitados pelos familiares ou pelo segurado, anteriormente ao óbito, sem prévio consentimento da KAPAM SEGURADORA, exceto nos casos de força maior ou impossibilidade material comprovada;**
- b) sepultamento de membros;**
- c) confecção de lápide;**
- d) reembolso de gastos extras efetuados pelos familiares;**
- e) pedidos de assistência funeral anterior ao início de vigência da cobertura individual;**
- f) exumação de corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.**

3 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.**
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.**
- c) Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

4 FRANQUIA

Não há.

5 BENEFICIÁRIO

O beneficiário para fins de reembolso será a pessoa física ou jurídica que constar nas notas fiscais apresentadas como sendo aquela que efetuou o pagamento das despesas com o funeral do segurado.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do falecimento do segurado, comprovada mediante certidão de óbito.

Para efeito de indenização, consideram-se como despesas passíveis de reembolso até o limite do capital segurado, as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento, incluindo-se entre as despesas com o funeral as havidas com traslado, desde que devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, que podem ser substituídas, a critério da KAPAM SEGURADORA, por outros comprovantes satisfatórios.

As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo custeador e respeitando-se o capital segurado.

7 REEMBOLSO x SERVIÇOS

Cabe ao beneficiário a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados, e terá o direito ao reembolso conforme previsto nesta cobertura.

Desde que preservada a livre escolha do beneficiário, a KAPAM SEGURADORA poderá estabelecer acordos ou convênios para prestação dos serviços de assistência funeral, através de empresa(s) terceirizada(s) e especializadas, e a seu critério, oferecer aos beneficiários a opção de substituir o direito ao reembolso das despesas que efetuar para realizar o funeral do segurado, por serviços de assistência funeral previstos na cláusula 11 PRESTAÇÃO DE SERVIÇO destas condições especiais, pelos quais não necessitará efetuar nenhum pagamento para realizar o sepultamento ou a cremação do segurado.

O custo total da prestação dos serviços de assistência funeral não ultrapassará ao capital segurado vigente na data do evento.

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Certidão de Óbito do segurado;
- b) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- c) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- d) Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste no Laudo de Exame Cadavérico;
- f) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- g) Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima;
- h) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- i) Exame(s) de diagnóstico da doença que causou o óbito, se houver;
- j) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados;
- k) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas com o funeral do segurado;
- l) Documento de identificação (CPF e RG ou CNH ou Passaporte) e comprovante de residência da pessoa física que efetuou o pagamento das despesas e que constar nas Notas Fiscais;
- m) Em caso de pagamento de despesas feitas por pessoa jurídica e que conte nas Notas Fiscais: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social.

9 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após a ocorrência de sinistro indenizável.

10 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro, inclusive para os segurados dependentes, após indenização de sinistro com o segurado principal decorrente desta cobertura.

Após indenização de sinistro com um dos segurados dependentes, o seguro continuará vigente para o segurado principal e para os demais dependentes, cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

11 PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Cada beneficiário que optar pela prestação dos serviços, deverá efetuar sua solicitação diretamente à KAPAM SEGURADORA ou à empresa prestadora dos serviços por ela indicada, através da central de atendimento para orientação à família do segurado, e receberão atendimento adequado, número de protocolo, os benefícios e a prestação dos serviços previstos nesta cláusula estarão à disposição da família do segurado no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas a partir do horário de protocolo de comunicação da ocorrência da morte do segurado à central de atendimento telefônico, que estará preparada para receber ligações 24 horas por dia, durante 365 dias do ano, visando dar início a prestação dos serviços de assistência funeral cujo valor total não ultrapassará ao capital segurado vigente na data do evento, e contemplará o rol de benefícios descrito em regulamento específico disponibilizado pela KAPAM SEGURADORA.

Todos os serviços prestados serão executados sempre respeitando às condições de religiosidade ou credo solicitado pela família, bem como observando a infraestrutura, regulamentos, legislação, costumes, localização e horário do local do sepultamento.

Na hipótese de os valores referentes ao serviço de assistência funeral excederem o limite de capital segurado, a diferença será de responsabilidade dos familiares do segurado e serão pagos diretamente ao prestador de serviço sem a participação ou reembolso posterior da KAPAM SEGURADORA.

A prestação dos serviços não implica, por parte da KAPAM SEGURADORA, no reconhecimento de que passam a ser devidas indenizações por outras coberturas indicadas na apólice coletiva.

Caso o beneficiário opte pela prestação do serviço de assistência funeral, nenhum valor adicional será devido pela KAPAM SEGURADORA a título de reembolso da indenização do sinistro.

12 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL DEDUTÍVEL DA MORTE (AUX-FUN- DED)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento ao beneficiário de indenização por reembolso das despesas com funeral do segurado, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado por causas naturais ou acidentais, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando como limite máximo do reembolso o valor do capital segurado da cobertura Morte (M), observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura Morte (M).

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS, das condições gerais deste seguro, não estão cobertas e não serão reembolsadas as despesas com a aquisição, locação e/ou manutenção de terrenos, sepultura, jazigos covas ou carneiros.

O presente seguro não contempla o reembolso ou a prestação dos seguintes serviços:

- a) serviços solicitados pelos familiares ou pelo segurado, anteriormente ao óbito, sem prévio consentimento da KAPAM SEGURADORA, exceto nos casos de força maior ou impossibilidade material comprovada;**
- b) sepultamento de membros;**
- c) confecção de lápide;**
- d) reembolso de gastos extras efetuados pelos familiares;**
- e) pedidos de assistência funeral anterior ao início de vigência da cobertura individual;**
- f) exumação de corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.**

3 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.**
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.**
- c) Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a**

dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

4 FRANQUIA

Não há.

5 BENEFICIÁRIO

O beneficiário para fins de reembolso será a pessoa física ou jurídica que constar nas notas fiscais apresentadas como sendo aquela que efetuou o pagamento das despesas com o funeral do segurado.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do falecimento do segurado, comprovada mediante certidão de óbito.

Para efeito de indenização, consideram-se como despesas passíveis de reembolso até o limite do capital segurado, as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento, incluindo-se entre as despesas com o funeral as havidas com traslado, desde que devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, que podem ser substituídas, a critério da KAPAM SEGURADORA, por outros comprovantes satisfatórios.

As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo custeador e respeitando-se o capital segurado.

O valor pago a título de auxílio funeral será descontado do capital segurado quando do pagamento da cobertura Morte (M).

7 REEMBOLSO x SERVIÇOS

Cabe ao beneficiário a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados, e terá o direito ao reembolso conforme previsto nesta cobertura.

Desde que preservada a livre escolha do beneficiário, a KAPAM SEGURADORA poderá estabelecer acordos ou convênios para prestação dos serviços de assistência funeral, através de empresa(s) terceirizada(s) e especializadas, e a seu critério, oferecer aos beneficiários a opção de substituir o direito ao reembolso das despesas que efetuar para realizar o funeral do segurado, por serviços de assistência funeral previstos na cláusula 11 PRESTAÇÃO DE

SERVIÇO destas condições especiais, pelos quais não necessitará efetuar nenhum pagamento para realizar o sepultamento ou a cremação do segurado. O custo total da prestação dos serviços de assistência funeral não ultrapassará ao capital segurado vigente na data do evento.

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Certidão de Óbito do segurado;
- b) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- c) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- d) Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste no Laudo de Exame Cadavérico;
- f) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- g) Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima;
- h) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- i) Exame(s) de diagnóstico da doença que causou o óbito, se houver;
- j) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados;
- k) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas com o funeral do segurado;
- l) Documento de identificação (CPF e RG ou CNH ou Passaporte) e comprovante de residência da pessoa física que efetuou o pagamento das despesas e que constar nas Notas Fiscais;
- m) Em caso de pagamento de despesas feitas por pessoa jurídica e que conte nas Notas Fiscais: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social.

9 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após a ocorrência de sinistro indenizável.

10 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro, inclusive para os segurados dependentes, após indenização de sinistro com o segurado principal decorrente desta cobertura.

Após indenização de sinistro com um dos segurados dependentes, o seguro continuará vigente para o segurado principal e para os demais dependentes, cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

11 PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Cada beneficiário que optar pela prestação dos serviços, deverá efetuar sua solicitação diretamente à KAPAM SEGURADORA ou à empresa prestadora dos serviços por ela indicada, através da central de atendimento para orientação à família do segurado, e receberão atendimento adequado, número de protocolo, os benefícios e a prestação dos serviços previstos nesta cláusula estarão à disposição da família do segurado no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas a partir do horário de protocolo de comunicação da ocorrência da morte do segurado à central de atendimento telefônico, que estará preparada para receber ligações 24 horas por dia, durante 365 dias do ano, visando dar início a prestação dos serviços de assistência funeral cujo valor total não ultrapassará ao capital segurado vigente na data do evento, e contemplará o rol de benefícios descrito em regulamento específico disponibilizado pela KAPAM SEGURADORA.

Todos os serviços prestados serão executados sempre respeitando às condições de religiosidade ou credo solicitado pela família, bem como observando a infraestrutura, regulamentos, legislação, costumes, localização e horário do local do sepultamento.

Na hipótese de os valores referentes ao serviço de assistência funeral excederem o limite de capital segurado, a diferença será de responsabilidade dos familiares do segurado e serão pagos diretamente ao prestador de serviço sem a participação ou reembolso posterior da KAPAM SEGURADORA.

A prestação dos serviços não implica, por parte da KAPAM SEGURADORA, no reconhecimento de que passam a ser devidas indenizações por outras coberturas indicadas na apólice coletiva.

Caso o beneficiário opte pela prestação do serviço de assistência funeral, nenhum valor adicional será devido pela KAPAM SEGURADORA a título de reembolso da indenização do sinistro.

12 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE - AUXÍLIO FAMÍLIA (AUX-FAM)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado aos filhos beneficiários do segurado, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado, por causas naturais ou acidentais, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o capital segurado especificado no certificado individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para fins desta cobertura, consideram-se filhos beneficiários, aqueles considerados dependentes do segurado, nos termos do Regulamento do Imposto de Renda, que tenham até 12 (doze) anos e estejam matriculados em instituição de educação infantil e/ou maternal (creche).

Esta cobertura não pode ser contratada por menores de 18 (dezoito) anos.

2 CONTRATAÇÃO POR SEGURADOS DEPENDENTES

Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro.

4 CARÊNCIA

O período de carência será definido no contrato de seguro, sendo que:

- a) Nas apólices coletivas com vigência maior ou igual a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos.
- b) Nas apólices coletivas com vigência inferior a 01 (um) ano, o período de carência máximo será de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice coletiva.
- c) Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência deverá constar no respectivo certificado individual, e será contado a partir do início de vigência, e aplicado para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

Não haverá direito à indenização para eventos ocorridos durante o período de carência.

5 FRANQUIA

Não há.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do falecimento do segurado, comprovada mediante certidão de óbito.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Certidão de Óbito do segurado;
- b) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- c) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- d) Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- e) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- f) Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima;
- g) Exame(s) de diagnóstico da doença que causou o óbito, se houver;
- h) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados;
- i) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste no Laudo de Exame Cadavérico;
- j) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- k) Cópia do Comprovante de matrícula com a Instituição Educacional para cada um dos filhos beneficiários menores de 12 anos, limitado a 2 (dois) filhos.

8 BENEFICIÁRIO

O(s) beneficiário(s) será(ão) sempre o(s) filho(s) do segurado, sendo que o pagamento da indenização será realizado ao Representante Legal do menor.

Consideram-se filhos beneficiários, para fins desta cobertura, aqueles considerados dependentes do segurado, nos termos do Regulamento do

Imposto de Renda, que tenham até 12 (doze) anos e estejam matriculados em instituição de educação infantil e/ou maternal (creche).

9 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá reintegração do capital segurado após a ocorrência de sinistro indenizável.

10 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro, inclusive para os segurados dependentes, após indenização de sinistro com o segurado principal decorrente desta cobertura.

Após indenização de sinistro com um dos segurados dependentes, o seguro continuará vigente para o segurado principal e para os demais dependentes, cujos certificados individuais permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

11 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO ESPECIAL POR ACIDENTE (AUX-ESP-AP)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao beneficiário, de uma única vez, em caso de lesão física causada, **exclusivamente, por acidente pessoal específico, conforme riscos cobertos para esta cobertura** e ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, que resulte em afastamento do segurado, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária do segurado exercer todas as suas atividades profissionais ou ocupação, respeitando o capital segurado especificado no certificado individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para fins desta cobertura, consideram-se riscos cobertos os acidentes pessoais decorrentes de:

- a) **Ataques de bichos peçonhentos;**
- b) **Choques elétricos;**
- c) **Prensamento de Membros, desde que as pessoas designadas para a função sejam comprovadamente habilitadas, quando exigida à habilitação pelos respectivos fabricantes e/ou por disposição legal, para operar / conduzir aqueles bens e/ou para prestar os serviços de conservação e/ou manutenção dos mesmos.**
- d) **Projeção de materiais sobre partes do corpo;**
- e) **Lesões pela utilização de ferramentas portáteis;**
- f) **Quedas no mesmo nível ou de mais de um nível.**

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência:

- a) **de qualquer um dos tipos de acidentes envolvendo os riscos cobertos indicados na cláusula 1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS destas condições especiais;**
- b) **de acidentes sofridos anteriormente ao início de vigência da cobertura individual, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência;**
- c) **da falha profissional na execução/prestação de serviço por pessoa que não estiver regularmente habilitada, de acordo com as exigências dos órgãos reguladores da profissão ou de acordo com a exigência feita pelos fabricantes, ou não tiver cumprido as exigências relativas à**

obtenção da especialidade segurada, ou perder um dessas condições de regularidade no curso da vigência da cobertura individual.

3 CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.**

4 FRANQUIA

O período de franquia será definido no contrato de seguro respeitando o prazo máximo de 7 (sete) dias, e deverá constar no certificado individual.

O período de franquia é contado a partir da data de afastamento da atividade profissional do segurado, por determinação média, sendo que não ocorrerá indenização caso o segurado se restabelecer e receber alta médica durante o período de franquia.

5 CAPITAL SEGUADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, e será obtido multiplicando-se, a quantidade de dias do período de afastamento deduzindo o período de franquia, pelo valor da diária estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento, respeitando a quantidade máxima de diárias contratadas por evento que também constará no certificado individual, ou seja, o valor da renda mensal do segurado não será considerado no cálculo do valor a ser indenizado.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada:

- a) como data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- b) como período de incapacidade o intervalo contínuo entre a data de afastamento da atividade profissional do segurado, por determinação média, e a data e horário da alta médica.

6 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Declaração, relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários, detalhando a natureza da situação específica que motivou o afastamento do segurado e, estimativa do período de incapacidade ou previsão para retorno as atividades laborativas;

- b) Exames realizados e que serviram de base na análise que levou ao diagnóstico da incapacidade temporária e atestado médico confirmando o afastamento profissional;
- c) Exames realizados que comprovem eficácia do tratamento e que serviram de base na análise que levou a decisão pela alta médica aprovação para retorno as atividades laborativas;
- d) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- e) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- f) Laudo de Exame de Corpo Delito emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- g) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- h) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- i) Laudo Pericial do local do acidente, se houver.

7 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil. Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais.

8 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

A reintegração do capital segurado será automática após cada afastamento, sem necessidade de pagamento de prêmio adicional ou de solicitação do segurado, porém não haverá a reintegração para fins de pagamento de valores em virtude do mesmo evento.

9 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO EM CASO DE ACIDENTE EXCEPCIONAL (AUX-EXCEP-AP)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado ao beneficiário, de uma única vez, a título de acidente excepcional, em virtude de lesão física causada por um acidente pessoal coberto com o segurado advindos do deslocamento para trabalhos em campo ou do trabalho especificamente com produtos químicos, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o capital segurado especificado no certificado individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência:

- a) de qualquer tipo de acidente pessoal que não envolva o deslocamento para trabalhos em campo ou o trabalho especificamente com produtos químicos conforme previsto na cláusula 1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS destas condições especiais;**
- b) de acidentes sofridos anteriormente ao início de vigência da cobertura individual, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência.**

3 CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

4 FRANQUIA

Não há franquias.

5 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.

6 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Declaração, relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários, detalhando a natureza da situação específica que envolveu o acidente;
- b) Declaração que comprove que o segurado estava em deslocamento para trabalhos em campo ou do trabalho especificamente com produtos químicos;
- c) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- e) Laudo de Exame de Corpo Delito emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- f) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- g) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- h) Laudo Pericial do local do acidente, se houver.

7 BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado, salvo em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do segurado, neste caso, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil. Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito diretamente aos seus beneficiários, observando o disposto na cláusula 23 BENEFICIÁRIO das condições gerais.

8 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

A reintegração do capital segurado será automática após a ocorrência de sinistro indenizável, sem necessidade de pagamento de prêmio adicional ou de solicitação do segurado, porém não haverá a reintegração para fins de pagamento de valores em virtude do mesmo evento.

9 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTOS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL OCORRIDO NO HORÁRIO DE TRABALHO (AUX-MED-APT)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento ao beneficiário de indenização por reembolso de despesas com medicamentos, de uma única vez para cada Nota Fiscal original apresentada, até o limite do capital segurado contratado para esta cobertura, efetuadas pelo segurado para seu tratamento sob orientação médica, indicado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente, decorrente exclusivamente de **acidente pessoal coberto ocorrido no horário de trabalho, conforme definição da cláusula 2.3 Acidente Pessoal ocorrido no horário de trabalho das Condições Gerais**, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

Para efeito de indenização, são consideradas como despesas passíveis de reembolso, exclusivamente as despesas com medicamentos devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais contendo a discriminação dos medicamentos, acompanhadas do respectivo pedido médico, que poderão ser substituídas, a critério da KAPAM SEGURADORA por outros comprovantes satisfatórios.

As despesas efetuadas no exterior serão reembolsadas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitado o limite do capital segurado contratado em moeda corrente do Brasil. Os reembolsos serão feitos apenas em território nacional e em moeda corrente do Brasil.

2 CONTRATAÇÃO POR SEGURADOS DEPENDENTES

Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 10 RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertas e não serão reembolsadas as despesas que não estiverem listadas na cláusula 1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS destas condições especiais, além dos os eventos ocorridos em consequência de:

- a) medicamentos de uso contínuo;
- b) medicamentos não aprovados por Órgãos Oficiais de Saúde do País e no Brasil, de acordo com o território que efetuou a despesa de medicamento;

- c) **acidentes sofridos anteriormente ao início de vigência da cobertura individual, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência;**
- d) **acidentes pessoais ocorridos fora do horário de trabalho, conforme definição do item 2.3 Acidente Pessoal ocorrido no horário de trabalho das Condições Gerais.**

4 CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

5 FRANQUIA

Não há.

6 BENEFICIÁRIO

O beneficiário para fins de reembolso será a pessoa física ou jurídica que se apresentar como sendo aquela que efetuou o pagamento de qualquer das despesas de medicamentos reembolsáveis pela presente cobertura entregando o respectivo comprovante original, em nome do segurado, e pago em data posterior ao seu falecimento.

7 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.

Pelo mesmo acidente, serão reembolsadas despesas cobertas até atingir o limite do capital contratado e especificados no certificado individual.

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 24.2.1 SINISTRO: DOCUMENTOS MÍNIMOS das condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à KAPAM SEGURADORA em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Declaração, relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários, detalhando a natureza da situação específica que motivou a prescrição dos medicamentos para o segurado;
- b) Receituário médico com a prescrição dos medicamentos;
- c) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;

- d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste no Laudo de Exame Cadavérico;
- f) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- g) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- h) Notas fiscais e outros comprovantes originais do pagamento em nome do segurado das despesas com medicamentos;
- i) Documento de identificação (CPF e RG ou CNH ou Passaporte) e comprovante de residência da pessoa física que efetuou o pagamento das despesas e que constar nas Notas Fiscais;
- j) Em caso de pagamento de despesas feitas por pessoa jurídica e que conte nas Notas Fiscais: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social.

9 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente, sem necessidade de pagamento de prêmio adicional ou de solicitação do segurado, porém não haverá a reintegração para fins de reembolso de novas despesas em virtude do mesmo evento.

10 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE, FILHOS E DEPENDENTES

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

1.1 Esta cláusula permite a inclusão no seguro como segurado dependente de cônjuge ou companheiro(a), filho(a), enteado(a), aceitos pela receita federal na Declaração Anual de Imposto de Renda (IRPF), pai, mãe, sogro, sogra e outros dependentes, no mínimo em uma e no máximo em todas as coberturas do segurado principal, e consiste no pagamento de indenização ao próprio segurado dependente ou ao seu segurado principal, em caso de evento, coberto e ocorrido, com o segurado dependente, durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando o limite, a forma de pagamento, o período de carência e de franquia especificados na apólice coletiva, os riscos cobertos, riscos excluídos e, observadas demais cláusulas das condições especiais de cada cobertura contratada para o segurado dependente e as condições gerais deste plano de seguro.

1.1.1 Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado principal ou dependente, o oferecimento e a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob a forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço estejam diretamente relacionados ao sinistro coberto.

1.2 Para fins desta cobertura, consideram-se como “Cônjuge”: a pessoa unida ao segurado principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei, assim como a(o) companheira(o) que por força de legislação tenha adquirido as prerrogativas de cônjuge. Quando necessário, a comprovação da condição de cônjuge dar-se-á pela apresentação de certidão de casamento atualizada ou declaração pública de vida em comum, com até 30 (trinta) dias da data de emissão do documento.

1.3 Para fins desta cobertura, consideram-se como “Filhos”: os filhos, enteados e menores considerados dependentes do segurado principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.

1.3.1. Estarão cobertos os filhos ou enteados do segurado principal, nos termos estabelecidos no certificado individual de seguro, a partir do início de vigência do mesmo ou a partir do nascimento do filho, quando posterior à contratação do certificado individual de seguro.

1.4 Para fins desta cobertura, considera-se como “Pais e Mães”: o pai e a mãe biológicos do segurado principal, bem como os pais adotivos legalmente reconhecidos. A comprovação da condição poderá ser feita por meio de certidão de nascimento do segurado, documento oficial de adoção ou outro documento legal idôneo.

1.5 Para fins desta cobertura, considera-se como “Sogros e Sogra”: o pai e a mãe do cônjuge ou companheiro(a) do segurado, conforme definido nesta

cobertura. A comprovação da condição poderá ser feita por meio de certidão de casamento ou de união estável do segurado principal acompanhada de documento de identificação dos pais do cônjuge/companheiro(a).

1.6 Para fins desta cobertura, consideram-se como “Outros Dependentes” as pessoas consideradas dependentes do segurado principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.

1.7 O segurado principal é responsável pelas informações prestadas na contratação do seguro acerca de si, de seu cônjuge e/ou de seus dependentes.

2 BENEFICIÁRIO

Salvo estipulação expressa em contrário no certificado individual de seguro, a indenização dos segurados dependentes é devida:

- a) Por morte: ao segurado principal.
- b) Por reembolso de despesas: a pessoa física ou jurídica que constar nas notas fiscais apresentadas como sendo aquela que efetuou o pagamento das despesas.
- c) Por outras causas e coberturas contratadas ao próprio dependente segurado, quando este possuir mais de 18 anos de idade, nos demais casos a indenizações decorrentes desta cláusula serão pagas ao segurado principal.

3 CAPITAL SEGUADO

O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no certificado individual e vigente na data do evento coberto.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento àquelas datas previstas nas Condições especiais específicas de cada cobertura.

Os capitais segurados das coberturas contratadas para o cônjuge, e/ou filhos, e/ou pais, e/ou outros dependentes, serão definidos no certificado individual de seguro e não poderão ser superiores a 100% (cem por cento) dos capitais segurados para o segurado principal nas respectivas coberturas.

4 CESSAÇÃO DE COBERTURA DO CÔNJUGE, DOS FILHOS E/OU DO(S) DEPENDENTE(S)

Esta cobertura do segurado dependente cessará e será obrigatoriamente cancelada se:

- a) a apólice coletiva for cancelada;
- b) o certificado individual do segurado principal for cancelado;
- c) a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge, filhos e dependentes for excluída da apólice coletiva;
- d) o segurado deixar o grupo segurado;

- e) ocorrer a morte do segurado principal; ou
- f) ocorrer a indenização integral para segurado principal em coberturas que não há reintegração automática e que o seguro seja automaticamente cancelado.

A cobertura individual de cada segurado dependente será automaticamente cancelada se:

- a) Ocorrer a morte do segurado dependente;
- b) Ocorrer a indenização integral para segurado dependente em coberturas que não há reintegração automática e que o seguro seja automaticamente cancelado;
- c) Houver separação judicial ou de fato, no que se refere ao cônjuge dependente, nos termos da legislação civil vigente;
- d) Houver a inclusão do segurado dependente como segurado principal; ou
- e) Cessar a condição de dependente do segurado principal prevista no Regulamento do Imposto de Renda.

Após indenização de sinistro, com indenização integral, com os segurados dependentes, o seguro continuará vigente para o segurado principal e para os demais dependentes.

Nas apólices de seguro com inclusão de dependentes de forma facultativa, quando se der a exclusão do segurado dependente, ocorrerá simultaneamente redução no prêmio do seguro.

Caso os dependentes forem incluídos de forma facultativa, a cobertura individual de cada segurado dependente poderá ser cancelada a pedido do segurado principal.

5 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas condições especiais.

* * * * *