



KAPAM SEGURADORA

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

PLANO COLETIVO

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL

MARÇO/2026

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

PLANO COLETIVO - SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL

SUMÁRIO

CONDIÇÕES GERAIS	4
1 OBJETIVO DO SEGURO	4
2 GLOSSÁRIO	4
3 GRUPO SEGURÁVEL	18
4 CONTRATAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA	19
5 APÓLICE COLETIVA	19
6 MEIOS REMOTOS NA CONTRATAÇÃO	20
7 COBERTURAS	21
8 RISCOS EXCLUÍDOS	24
9 CARÊNCIA	26
10 FRANQUIA	27
11 CAPITAL SEGURADO	27
12 VIGÊNCIA DO SEGURO	28
13 ALTERAÇÃO DO SEGURO	29
14 ATUALIZAÇÃO DE VALORES	29
15 RENOVAÇÃO DO SEGURO	30
16 CONCORRÊNCIA DE CONTRATOS DE SEGURO	30
17 TAXA DA APÓLICE COLETIVA	31
18 CUSTEIO DO SEGURO	31
19 PRÊMIO DO SEGURO	31
20 CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA	35
21 BENEFICIÁRIO	36
22 SINISTRO	38
23 SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS	43
24 AVISO DE AGRAVAÇÃO DO RISCO DURANTE A VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL DO SEGURO	43
25 AVISO DE REDUÇÃO DO RISCO DURANTE A VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL DO SEGURO	44
26 PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO DO SEGURO	45
27 ESTIPULANTE E SUBESTIPULANTE: DIREITOS, OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES	46
28 REPRESENTANTE DE SEGUROS: DIREITOS, OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES	47
29 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	47
30 FORO	48
31 CLÁUSULA DE ARBITRAGEM	48
32 LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS	48
33 DISPOSIÇÕES FINAIS	49
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE (M)	50
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	53
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL – VÍTIMA DE CRIME (MA-VC)	56
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	59
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	63
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - ANTECIPAÇÃO (IFPD-ANTECIPAÇÃO)	69
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - AUTÔNOMA (IFPD-AUTÔNOMA)	75
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - AUTÔNOMA (ILPD-AUTÔNOMA)	81
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS (DMHO)	85
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)	89
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI(DUTI)	94
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAS (DIH-AP)	100
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAS (DUTI-AP)	105
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)	111
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL (DIT-AP)	116
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL - AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO (DIT-AP-AUX-ALIM)	121
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTES DE ACIDENTE OCORRIDO NO HORÁRIO DE TRABALHO - AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO (DIT-APT-AUX-ALIM)	126
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DOENÇAS CONGÊNITAS DE FILHOS (DCF)	132
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE RESCISÃO CONTRATUAL POR MORTE (RCM)	136
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE RESCISÃO CONTRATUAL POR MORTE ACIDENTAL (RCMA)	139
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE RESCISÃO CONTRATUAL POR INVALIDEZ POR ACIDENTE OU DOENÇA (RCINV)	143
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE CESTA NATALIDADE - NECESSIDADES BÁSICAS (CESTA NAT - NB)	147

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE CESTA NATALIDADE – DESPESAS EXTRAS (CESTA NAT - DE).....	150
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE NASCIMENTO PREMATURO DE FILHOS (NPF)	153
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE FILHOS PÓSTUMOS (M-FP).....	156
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL (AUX-FUN).....	160
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL DEDUTÍVEL DA MORTE (AUX-FUN-DED).....	165
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO (AUX-ALIM)	170
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO DESPESAS DIVERSAS (AUX-DESP)	174
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO DESPESAS DIVERSAS POR MORTE ACIDENTAL (AUX-DESP MA).....	178
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DESPESAS COM ADAPTAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE (DESP-ADPT-IPA)	182
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DESPESAS COM DIÁRIAS DE AFASTAMENTO POR INVALIDEZ POR ACIDENTE OU DOENÇA (DESP-DAF-INV).....	188
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE - AUXÍLIO FAMÍLIA (AUX-FAM).....	193
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO ESPECIAL POR ACIDENTE (AUX-ESP-AP)	196
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO EM CASO DE ACIDENTE EXCEPCIONAL (AUX-EXCEP-AP)	199
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTOS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL OCORRIDO NO HORÁRIO DE TRABALHO (AUX-MED-APT)	202
CONDIÇÕES ESPECIAIS - CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE, FILHOS E DEPENDENTES	205

* * * * *

CONDIÇÕES GERAIS

PLANO COLETIVO - SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL

1 OBJETIVO DO SEGURO

O presente Plano Coletivo de Seguro de Pessoas com Capital Global tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) ou ao próprio segurado o direito a indenização, no caso de ocorrência de sinistro decorrente de um dos eventos cobertos pela(s) cobertura(s) contratada(s) pelo Estipulante na apólice coletiva, observado ainda o limite do respectivo Capital Segurado Global e respeitando estas Condições Gerais, as Condições Especiais e 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 da proposta de contratação 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 voluntário do segurado, 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 "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez 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 Agravção 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, viola um direito e causa 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 Global

Neste plano de seguro será considerado como Capital Segurado Global de cada cobertura o valor do montante efetivamente contratado pelo Estipulante e/ou Subestipulante, que constará na apólice coletiva e no contrato de seguro.

2.17 Capital Segurado Individual

É o valor do Capital Segurado de cada segurado, apurado a partir do Capital Segurado Global de acordo com disposto na cláusula 11.3 destas Condições Gerais, cujo valor poderá sofrer variações ao longo da vigência do seguro conforme critérios previstos no contrato de seguro e considerando as mudanças na composição do grupo segurado. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado Individual e ele servirá de base para o cálculo da indenização.

2.18 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.

2.19 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.

2.20 Certificado Individual do Seguro

Neste plano de seguro não será emitido Certificado Individual do seguro para cada segurado.

2.21 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).

2.22 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.

2.23 Cobertura

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

2.24 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, incluindo as constantes do contrato de seguro, apólice coletiva, das Condições Gerais, Condições Especiais e Condições ou cláusulas Particulares de um mesmo plano de seguro.

2.25 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.

2.26 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).

2.27 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.

2.28 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, no qual o médico-assistente ou outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e os 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 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 adesão ao seguro e que não tenha sido declarada, 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 uma 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 na apólice, referente à 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, clínicos, cirúrgicos 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 locais que funcionem como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente reconhecidos pela KAPAM SEGURADORA.

2.49 Índice de inflação

Inflação é o termo utilizado para designar a variação 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, entre 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 mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança pelo hospital ou clínica de uma Diária Hospitalar. Em casos de hospitais gratuitos, deve ser apresentada a documentação que comprove a internação hospitalar.

2.52 Início de Vigência

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

2.53 IOF

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

2.54 Lesão Física

Dano corporal que resulte em comprometimento anatômico ou funcional de um ou mais órgãos ou membros do corpo humano.

2.55 Liquidação de Sinistro

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

2.56 Má-Fé

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

2.57 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.**

2.58 Meios remotos

São aqueles que permitem 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.

2.59 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.

2.60 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.

2.61 Ocorrência

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

2.62 Período de Cobertura

Aquele durante o qual o beneficiário, fará jus ao Capital Segurado contratado.

2.63 Período Indenizável

É o período máximo, definido nas condições contratuais, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado fará jus ao recebimento da 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.

2.64 Plano de Seguro

É o conjunto de coberturas estabelecidas nas Condições Gerais e Especiais, que tem a finalidade de atender às necessidades de coberturas securitárias dos integrantes do público-alvo.

2.65 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.

2.66 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.

2.67 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.

2.68 Prêmio Comercial

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

2.69 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 do seguro.

2.70 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 na apólice coletiva, em parcelas periódicas: semestral, trimestral, bimestral, mensal, entre outras.

2.71 Prêmio Único

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

2.72 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.

2.73 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.

2.74 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, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.75 Reabilitação do Seguro

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

2.76 Regime Financeiro de Repartição Simples

É aquele por meio do qual se repartem ou dividem entre os segurados, em um período considerado, os prêmios decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados nesse mesmo período.

2.77 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 na apólice coletiva.

2.78 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.

2.79 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.

2.80 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 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.

2.81 Rescisão de Contrato

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

2.82 Resolução de Contrato

Extinção do contrato de seguros em razão do descumprimento de obrigação contratual ou de fato superveniente que torna impossível ou injusta sua continuidade. Pode ocorrer por inadimplemento de uma das partes ou por impossibilidade de execução decorrente de caso fortuito ou força maior.

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 que, ao atender aos critérios estabelecidos na apólice coletiva e no contrato de seguro, estará automaticamente aceita pela KAPAM SEGURADORA, 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, mediante contratação de cláusula suplementar específica.

2.86 KAPAM 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 na apólice coletiva.

2.87 Seguro

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

2.88 Seguro de Pessoas com Capital Global

É modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, respeitados os critérios técnico-operacionais, forma e limites fixados pela SUSEP, segundo a qual o valor do Capital Segurado Individual referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

2.89 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.

2.90 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.

2.91 Sub-rogação de Direitos

É quando a Seguradora, depois de pagar uma indenização, passa a ter o direito de cobrar do responsável pelo sinistro o valor que desembolsou. Nos seguros de pessoas (Vida e Integridade Física) isso não ocorre, pois o pagamento da indenização é feito em razão de um evento que afeta o próprio segurado e não de um dano causado por outra pessoa.

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 global.

2.94 Término da Vigência

Data e horário finais para ocorrência de riscos previstos na apólice coletiva.

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 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 GRUPO SEGURÁVEL

O grupo segurável será devidamente descrito na proposta de contratação, sendo constituído pelas pessoas físicas que possuem vínculo prévio com o Estipulante e que se enquadrarem nos 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.

3.1.1 GRUPO SEGURÁVEL: VÍNCULOS X CATEGORIAS

Os integrantes do grupo segurável poderão ser divididos em subgrupos chamados categorias, conforme o tipo de vínculo que possuírem com o Estipulante e/ou Subestipulante, sendo:

- a) empregados: constituído por todos que constarem na relação de empregados anexa à Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do Estipulante ou do Subestipulante, conforme o caso.
- b) sócios: constituído por todos os cotistas/sócios e dirigentes que constarem no Contrato Social ou no Estatuto Social, ou ainda na Alteração Contratual vigente, do Estipulante ou do Subestipulante, conforme o caso.
- c) administradores: constituído pelos administradores, diretores e conselheiros estatutários que comprovadamente integrarem a administração do Estipulante e/ou Subestipulante, conforme o caso, e estiverem com seus mandatos vigentes.
- d) associados: São elegíveis a este subgrupo os associados de Sociedades Cooperativas que não sejam administradores, diretores ou conselheiros da Sociedade Cooperativa, sendo esta Estipulante ou Subestipulante, conforme o caso.
- e) membros de Comitês: sejam estatutários ou não, do Estipulante ou Subestipulante, conforme o caso, desde que estiverem com seus períodos de nomeação vigentes no mês de início de vigência da cobertura individual e na data do evento.
- f) cônjuge, filhos e demais dependentes dos segurados principais, quando tais coberturas forem contratadas.

3.1.2 GRUPO SEGURÁVEL: CRITÉRIOS E LIMITES

Os integrantes do grupo segurável no momento de sua inclusão na apólice coletiva além de outros eventuais critérios e limites estabelecidos na proposta de contratação, deverão satisfazer as seguintes condições:

- a) segurado principal, cônjuge, filhos e demais dependentes possuírem idade inferior e não possuem idade superior àquelas previstas na proposta de contratação;
- b) estar em plena atividade profissional;
- c) pertencer a uma das categorias do grupo segurável previsto na cláusula 3.1.1 GRUPO SEGURÁVEL: VÍNCULOS X CATEGORIAS e/ou outra categoria expressamente mencionada no contrato de seguro;

- d) constar da Relação de Empregados da Guia de Recolhimento do FGTS do mês de início de vigência da cobertura individual, quando empregado;
- e) constar do Contrato Social/Estatuto Social ou Alteração Contratual do Estipulante ou Subestipulante vigente no mês de início de vigência da cobertura individual e devidamente registrado no órgão competente, quando sócio; e
- f) constar em Ata de Assembleia da Empresa, desde que devidamente registrada no órgão competente, no mês de início de vigência da cobertura individual, quando administradores eleitos ou contratados.

Para fins de contratação do seguro obrigatoriamente deverá ser respeitado o número mínimo e máximo de vidas seguradas, estabelecido na proposta de contratação.

4 CONTRATAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA

4.1 CONTRATAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA: PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

A contratação deste plano de seguro pelo Estipulante e Subestipulante, 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.

4.2 CONTRATAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA: ENCAMPAÇÃO OU MIGRAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA

Neste plano de seguro considera-se encampação de apólice a substituição de apólice coletiva, emitida por outra sociedade seguradora, ao fim de sua vigência, por nova apólice coletiva emitida pela KAPAM SEGURADORA, e considera-se migração de apólice a substituição de apólice coletiva, emitida por outra sociedade seguradora, durante sua vigência, por nova apólice coletiva emitida pela KAPAM SEGURADORA.

Em caso de encampação ou migração de apólice coletiva no contrato de seguro constará que todos segurados cobertos na última fatura mensal da seguradora anterior, além de serem automaticamente aceitos e incluídos na nova apólice coletiva, cumprirão período remanescente da carência iniciada na seguradora anterior, e carência integral apenas nas novas coberturas e no eventual aumento de capital segurado.

Caso ao comparar a nova apólice coletiva e seu contrato de seguro, com a apólice da seguradora anterior, for detectada modificação que implique ônus, ou dever para os segurados, ou redução de seus direitos, será necessário obter a anuência previa e expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado na apólice anterior, antes de emissão do primeiro faturamento.

5 APÓLICE COLETIVA

O Estipulante ou Subestipulante deverão disponibilizar para todas as pessoas físicas integrantes do grupo segurável a íntegra das condições contratuais deste plano seguro.

As condições contratuais poderão ser disponibilizadas de forma física para consulta presencial, e/ou de forma digital, para consulta por meios remotos.

5.1 APÓLICE COLETIVA: INCLUSÃO DE SEGURADOS

Será de forma compulsória e automática a aceitação e a inclusão no grupo segurado de toda pessoa física integrante do grupo segurável que atender aos critérios e limites de aceitação estabelecidos na proposta de contratação, para cada uma das coberturas contratadas na apólice coletiva.

Empregados, sócios, administradores, associados ou membros de comitês que estiverem afastados das suas atividades na data do início da vigência da apólice coletiva passarão a ter cobertura do seguro apenas após o retorno a sua respectiva atividade laborativa.

Os sócios com idade inferior a 14 anos não terão cobertura do seguro.

5.1.1 INCLUSÃO DE SEGURADOS: MENORES 14 ANOS

Aos menores de 14 (catorze) 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.

5.2 APÓLICE COLETIVA: PROVA DA EXISTÊNCIA DO SEGURO

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

6 MEIOS REMOTOS NA CONTRATAÇÃO

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

Quando a contratação se der por meios remotos, será disponibilizada pela KAPAM SEGURADORA a possibilidade de impressão e/ou download da apólice, proposta de contratação e endossos pelo Estipulante, Subestipulante e segurado, devidamente identificados por login e senha.

6.1 MEIOS REMOTOS: ASSINATURA POR CERTIFICADO DIGITAL

A proposta de contratação, 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.

6.2 MEIOS REMOTOS: DIREITO DE ARREPENDIMENTO

Na contratação por meios remotos ou através de representantes de seguros, o Estipulante ou Subestipulante poderão desistir (arrepender-se) do seguro no prazo de 7 (sete) dias corridos, a contar da data de emissão da apólice.

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 Subestipulante, sejam eles remotos ou não, ou ainda mediante requerimento físico entregue à KAPAM SEGURADORA ou ao Representantes de Seguros.

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

Caso o Estipulante ou Subestipulante exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, serão devolvidos, de imediato, caso o arrependimento seja formalizado ao Representantes 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 responsável pelo pagamento dos prêmios, pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, ou seja, por meio de crédito na conta bancária indicada, 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 responsável pelo pagamento dos prêmios, ou ainda, nos casos de comunicação de arrependimento ao representante de seguro, poderá ser oferecida opção de ressarcimento dos valores em espécie.

7 COBERTURAS

7.1 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.

7.2 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 Individual 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 contratação e na apólice coletiva.

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 Individual 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.

7.3 COBERTURAS: RISCOS COBERTOS

Este plano de seguro não possui cobertura básica, sendo possível ao Estipulante e Subestipulante efetuar a contratação de forma isolada ou conjunta de quaisquer das coberturas oferecidas, nas conjugações disponibilizadas pela KAPAM SEGURADORA.

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 - Auxílio Alimentação (DIT-APT-Aux-Alim)
- r) Rescisão Contratual por Morte (RCM)
- s) Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA)
- t) Rescisão Contratual por Invalidez por Acidente ou Doença (RCINV)
- u) Cesta Natalidade - Necessidades Básicas (Cesta Nat - NB)
- v) Cesta Natalidade - Despesas Extras (Cesta Nat - DE)
- w) Doença Congênita de Filhos (DCF)
- x) Nascimento Prematuro de Filhos (NPF)
- y) Morte Filhos Póstumos (M-FP)
- z) Auxílio Alimentação (Aux-Alim)
- aa) Auxílio Despesas Diversas (Aux-Desp)
- bb) Auxílio Despesas Diversas por Morte Acidental (Aux-Desp MA)
- cc) Despesas com Adaptação em caso de Invalidez por Acidente (Desp-ADPT-IPA)
- dd) Despesas com Diárias de Afastamento por Invalidez por Acidente ou Doença (Desp-DAF-INV)
- ee) Auxílio Funeral (Aux-Fun)
- ff) Auxílio Funeral Dedutível da Morte (Aux-Fun-Ded)
- gg) Auxílio Família - Morte (Aux-Fam)
- hh) Auxílio Especial por Acidente (Aux-Esp-AP)
- ii) Auxílio em caso de Acidente Excepcional (Aux-Excep-AP)
- jj) 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 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.

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

Esta cláusula permite a inclusão no seguro, como segurado dependente, 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.

Quando prevista na proposta de contratação, a inclusão de cônjuge e/ou filhos será feita de forma compulsória e automática, abrangendo os cônjuges e/ou todos os filhos de todos os segurados principais.

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

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

8 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 voluntário nos dois primeiros anos de vigência da cobertura individual, sendo que, nos casos de aumento do capital segurado durante a vigência, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se o suicídio voluntário ocorrer nos dois primeiros anos de vigência da cobertura individual relativos à parte acrescida do capital segurado;
- 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.

Os riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais das coberturas não se aplicam aos casos em que o acidente pessoal sofrido pelo segurado 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.

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

9 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 e na apólice coletiva. A carência adotada, exceto para os eventos decorrentes de acidentes pessoais, 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 Individual, 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 voluntário, não poderá exceder à metade do prazo de vigência da cobertura individual do seguro.

O beneficiário não terá direito ao recebimento do capital segurado quando o suicídio voluntário do segurado ocorrer antes de completados 2 (dois) anos de vigência da cobertura individual. Nos casos de aumento do capital segurado durante a vigência, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se o suicídio voluntário ocorrer nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da cobertura individual relativos à parte acrescida do capital segurado.

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência em determinada cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo a referida cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

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.

10 FRANQUIA

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

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

11 CAPITAL SEGURADO

Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos para o Capital Segurado Individual de cada cobertura apurados na data do evento estabelecida nas respectivas Condições Especiais.

11.1 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO GLOBAL POR CATEGORIA

O valor do Capital Segurado Global de cada categoria, composta por integrantes do grupo segurável com mesmo tipo de vínculo com o Estipulante, será estabelecido na proposta de contratação para cada cobertura contratada e constará na apólice coletiva onde será expresso em moeda corrente nacional.

11.2 CAPITAL DE SEGURADO EM MAIS DE UMA CATEGORIA

Caso o segurado possuir mais de um tipo de vínculo com o Estipulante, e constar simultaneamente como integrante de duas, ou mais, categorias, em caso de sinistro este fará jus ao recebimento da indenização de maior valor, levando em conta as particularidades do cálculo do Capital Segurado Individual dos integrantes de cada categoria.

Não haverá acúmulo das indenizações de cada categoria.

11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O valor do Capital Segurado Individual de cada segurado corresponderá ao valor do Capital Segurado Global da respectiva categoria dividido pelo número de segurados desta categoria na data de ocorrência do evento da cobertura acionada pelo sinistro, e representa o limite máximo de responsabilidade da KAPAM SEGURADORA, sendo o valor máximo a ser indenizado por sinistro.

O Capital Segurado Individual poderá sofrer alterações tendo em vista o número de segurados constantes como ativos nas listagens encaminhadas pelo Estipulante ou Subestipulante. Porém, o Capital Segurado Individual apurado para os eventos ocorridos em um mesmo mês será igual para todos os segurados.

O Capital Segurado Individual dos cônjuges, filhos e dependentes também será calculado conforme o critério disposto nesta cláusula.

O valor das diárias seguradas para as coberturas Diárias por Internação Hospitalar (DIH), Diárias por Internação Hospitalar em UTI (DUTI), Diárias por Internação Hospitalar decorrentes de Acidente Pessoal (DIH-AP), Diárias por Internação Hospitalar em UTI

decorrentes de Acidente Pessoal (DUTI-AP), Diárias por Incapacidade Temporária (DIT) e Diárias por Incapacidade Temporária decorrentes de Acidente Pessoal (DIT-AP), Diárias por Incapacidade Temporária decorrentes de Acidente Pessoal - Auxílio Alimentação (DIT-AP-Aux-Alim) e Diárias por Incapacidade Temporária decorrentes de Acidente ocorrido no horário de trabalho - Auxílio Alimentação (DIT-APT-Aux-Alim) será determinado aplicando-se o percentual, definido na proposta de contratação e na apólice coletiva, ao Capital Segurado Individual conforme o critério disposto nesta cláusula.

Em caso de sinistro ocorrido em até 30 (trinta) dias do 2º (segundo) prêmio não pago, o Capital Segurado Individual corresponderá ao valor do Capital Segurado Global, da respectiva categoria, deduzido o valor do prêmio não pago e dividido pelo número de segurados desta categoria na data de ocorrência do evento da cobertura acionada pelo sinistro.

11.4 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL: VALOR MÁXIMO

Não poderá ser estabelecido limite máximo para o Capital Segurado Individual.

11.5 CAPITAL SEGURADO: ACÚMULO DE RISCO

Neste plano de seguro 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 (catorze) anos, o reembolso das despesas com funeral ocorrerá apenas uma única vez.

11.6 CAPITAL SEGURADO: INDENIZAÇÃO E REINTEGRAÇÃO

Após a liquidação de cada sinistro, o Capital Segurado Global será automaticamente reintegrado, ou seja, será sempre restabelecido ao valor contratado, sem cobrança adicional de prêmio.

Após a liquidação de cada sinistro, a possibilidade de reintegração da cobertura individual de cada segurado estará prevista nas Condições Especiais de cada cobertura.

12 VIGÊNCIA DO SEGURO

A apólice coletiva, o contrato 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.

13 ALTERAÇÃO DO 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, Subestipulante, corretor e da KAPAM SEGURADORA.

Caso a alteração implique para os segurados ou seus beneficiários, 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.

14 ATUALIZAÇÃO DE VALORES

Os valores dos capitais segurados, diárias seguradas e dos prêmios que constarem na apólice coletiva, na proposta de contratação, no contrato 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 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.

14.1 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.

15 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 ou redução dos direitos para os segurados ou seus beneficiários, 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 ou redução dos direitos para os segurados ou seus beneficiários, 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 coletiva 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 for renovada, a cobertura de todos os segurados cessará automaticamente no final do prazo de vigência da apólice.

16 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 dividida 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:

- a) 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;
- b) Será apurada a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes seguradoras, apólices, certificados e bilhetes de seguro, de acordo com o item a) desta cláusula;
- c) Se a quantia apurada conforme o item b) 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;

- d) Se a quantia a que se refere o item b) 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.

17 TAXA DA APÓLICE COLETIVA

O prêmio de cada apólice coletiva corresponderá a soma do valor calculado aplicando-se ao Capital Segurado Global de cada cobertura contratada a sua respectiva taxa, que constará na apólice coletiva e no contrato de seguro.

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.**

18 CUSTEIO DO SEGURO

O custeio deste plano de seguro será sempre não contributivo, ou seja, os segurados não pagam prêmio, cabendo esta responsabilidade exclusivamente ao Estipulante e/ou ao Subestipulante, conforme previsto na apólice coletiva e na proposta de contratação.

19 PRÊMIO DO SEGURO

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

19.1 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/ou Subestipulante.

19.1.1 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 do seguro.

É garantido ao Estipulante e/ou Subestipulante, 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.

19.1.2 PRÊMIO DO SEGURO: OPÇÃO PRÊMIO PERIÓDICO

O prêmio periódico pode ser calculado para qualquer periodicidade compatível com as características e com a vigência do seguro, 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.

19.2 PRÊMIO DO SEGURO: OBRIGAÇÃO DE PAGAMENTO

A obrigação do pagamento do prêmio pelo Estipulante e/ou Subestipulante, 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 e/ou Subestipulante, 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.

19.3 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 e/ou Subestipulante, 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 Estipulante, e/ou Subestipulante e do seguro correspondente pelo prazo indicado, em regulamentação específica, para guarda de documentos relativos ao contrato.

No momento da contratação a KAPAM SEGURADORA disponibilizará para escolha do Estipulante e/ou Subestipulante as opções dos meios disponíveis para serem utilizados no pagamento do(s) prêmio(s) 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.

19.4 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.

19.5 PRÊMIO DO SEGURO: PAGAMENTO

O pagamento do prêmio deverá ser efetuado até a(s) data(s) limite prevista(s) para esse fim no documento de cobrança.

Serão considerados como comprovante de pagamento do prêmio deste seguro, o débito efetuado em conta bancária ou cartão de crédito, 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 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.

19.6 PRÊMIO DO SEGURO: TRIBUTOS

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

19.7 PRÊMIO DO SEGURO: NÃO PAGAMENTO

19.7.1 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.

19.7.2 PRÊMIO DO SEGURO: NÃO PAGAMENTO DA 2ª PARCELA

Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, a KAPAM SEGURADORA deverá notificar o responsável pelo pagamento dos prêmios sobre a inadimplência concedendo-lhe o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados do recebimento da notificação, para o pagamento dos prêmios em atraso, além de informar que a apólice coletiva e as coberturas individuais serão automaticamente canceladas se não houver o pagamento dos prêmios em atraso após 90 (noventa) dias, a contar da data da referida notificação.

A notificação deve ser feita por qualquer meio idôneo que comprove o seu recebimento pelo responsável pelo pagamento dos prêmios, sendo que em caso de recusa do recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não seja encontrado no último endereço informado à KAPAM SEGURADORA, o prazo de 15 (quinze) dias para pagamento dos prêmios em atraso passa a contar da data da frustração da notificação, ou seja, a data em que se constatou que a notificação não foi entregue ao responsável pelo pagamento dos prêmios.

Caso os prêmios em atraso não sejam pagos no novo prazo concedido, a apólice coletiva as coberturas individuais terão suas vigências suspensas, sendo que a KAPAM SEGURADORA não efetuará pagamentos relativos a sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga.

Decorridos 90 (noventa) dias após a data da última notificação da inadimplência dos prêmios do seguro, caso responsável pelo pagamento dos prêmios não efetue o pagamento dos valores em atraso, a apólice coletiva e as coberturas individuais serão automaticamente canceladas. Nessa hipótese, o término da vigência da apólice coletiva e das coberturas individuais serão ajustados para coincidir com a data do final de vigência do período correspondente ao último prêmio efetivamente pago, não sendo devida qualquer indenização por sinistros ocorridos após essa data.

Em caso de pagamento dos prêmios em atraso durante o prazo de suspensão, será interrompida a contagem do referido prazo e não ocorrerá o cancelamento da apólice coletiva e das coberturas individuais, sendo suas vigências devidamente retomadas, observando ainda que os valores a serem pagos devem respeitar o disposto na cláusula 19.8 PRÊMIO EM ATRASO: MULTA, JUROS E ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.

19.8 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 legais, previstos no Código Civil brasileiro, sendo este aplicado à base pro-rata-temporis ao valor do prêmio devido, no período entre o dia seguinte a data do vencimento original da parcela de prêmio em atraso e o dia do seu efetivo pagamento pelo responsável pelo pagamento dos prêmios;

- c) Atualização monetária nos termos da cláusula 14.1 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 pelo responsável pelo pagamento dos prêmios.

20 CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA

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 as coberturas individuais não poderão ser canceladas durante sua vigência unicamente por alegação de alteração da natureza dos riscos realizada pela KAPAM SEGURADORA.

20.1 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, em caso de:

- a) inadimplência do Estipulante e/ou Subestipulante, ou seja, quando não ocorrer o pagamento do prêmio conforme regras previstas na cláusula 19.7 PRÊMIO DO SEGURO: NÃO PAGAMENTO.
- b) atingir o término de sua vigência, sem que ocorra sua renovação.
- c) em apólices com periodicidade de prêmio mensal, ocorrer a qualquer tempo, mútuo acordo entre KAPAM SEGURADORA e Estipulante e/ou Subestipulante, desde que formalizado através de aditivo assinado pelas partes com antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação a data do cancelamento, e mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- d) no caso de falência, extinção, liquidação ou desaparecimento do Estipulante ou do Subestipulante.

20.2 CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA: 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 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR, sendo que o valor a restituir ao Estipulante e/ou Subestipulante, desde que a restituição não ocorra em até 15 (quinze) dias após a KAPAM SEGURADORA receber a solicitação.

A apólice coletiva será cancelada e não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações, em caso de:

- 20.2.1** pedido do Estipulante, pois é facultado o cancelamento do seguro a qualquer tempo, sendo que será aplicada atualização monetária nos termos da cláusula 14.1 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:

- a) 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 Estipulante e/ou Subestipulante, 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.
- b) No caso da forma de pagamento por débito em conta corrente, ou cartão de crédito, 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 Estipulante e/ou Subestipulante.

20.2.2 No caso de recebimento indevido de prêmio, a devolução será efetuada aplicando-se a atualização monetária nos termos da cláusula 14.1 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 Estipulante e/ou Subestipulante.

20.3 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 Estipulante e/ou Subestipulante ou pela KAPAM SEGURADORA, ou do recebimento indevido de prêmio.

Sobre o valor da restituição em atraso incidirá:

- a) Multa correspondente a 2% (dois por cento);
- b) Juros legais, previstos no Código Civil brasileiro, sendo este aplicado à base pro-rata-temporis ao valor do prêmio devido, no período entre o dia seguinte a data do vencimento original da parcela de prêmio em atraso e o dia do seu efetivo pagamento pelo responsável pelo pagamento dos prêmios;
- c) Atualização monetária nos termos da cláusula 14.1 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 pelo responsável pelo pagamento dos prêmios.

21 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 Individual.

A qualquer tempo, salvo renúncia do segurado, por declaração de última vontade (testamento válido) ou por meio de ato entre vivos através da solicitação formal escrita de

próprio punho, o segurado poderá alterar o(s) beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, contendo no mínimo: número da apólice coletiva, nome e CPF do segurado principal, e indicação de cada beneficiário desejado por meio do nome completo 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 (Vida e Integridade Física) 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. Caso a KAPAM SEGURADORA não tenha sido comunicada sobre a substituição do beneficiário antes da ocorrência do sinistro, a substituição não será válida e a indenização será paga ao(s) antigo(s) beneficiário(s) indicado(s).

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 Individual será indenizado conforme previsto em lei.

Considera-se ineficaz a indicação quando o beneficiário falecer antes da ocorrência do sinistro ou se ocorrer comoriência.

Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados individuais 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.

Se não houver beneficiários indicados ou legais, o valor será pago àqueles que provarem que a morte do segurado os privou de meios de subsistência.

Formalizado o aviso de sinistro, se a KAPAM SEGURADORA, ciente do sinistro, não identificar o beneficiário ou dependente do segurado para subsistência no prazo prescricional da respectiva pretensão, o capital segurado será tido por abandonado, nos termos previstos em lei específica, e será aportado no Fundo Nacional para Calamidades Públicas, Proteção e Defesa Civil (Funcap).

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.

Não prevalecerá a indicação de beneficiário nas hipóteses de revogação da doação, observados o disposto em lei específica.

Neste plano de seguro, o capital segurado será pago ao segurado ou a seus herdeiros quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário.

22 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.

22.1 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.

22.2 SINISTRO: COMUNICAÇÃO

Respeitando os prazos prescricionais cabíveis após a ocorrência de sinistro e, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa, o evento previsto como risco excluído ou ainda a ocorrência do sinistro fora do período de vigência da cobertura individual, 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.

22.2.1 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 para a regulação e liquidação do sinistro;

- 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 na apólice coletiva 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.

22.2.2 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 a cobertura que se pretende acionar;
- b) Documento de identificação do beneficiário (CNPJ / CPF e RG ou CNH ou Passaporte);
- c) Documento de identificação do segurado (CNPJ / CPF 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;
- f) Cópia da GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações a Previdência Social) do mês da data do evento, quando o segurado for empregado. Se, porventura, ainda não houver a GFIP do mês da data do evento, serão aceitas as listagens do mês anterior;
- g) Declaração do Estipulante ou Subestipulante, informando a real quantidade de empregados ativos no mês do evento e mencionando, nominalmente, os afastados até o mês do evento e a respectiva data e motivo do afastamento;
- h) Declaração do Estipulante ou Subestipulante, informando todos os empregados que se encontram com o contrato individual de trabalho temporariamente suspensos na data do evento, listando nominalmente estes empregados e a data do início da suspensão;
- i) Cópia de documento que comprove vínculo empregatício (o registro do empregado no E-social, carteira de trabalho (CTPS) ou o contracheque);
- j) Cópia simples do Contrato Social/Estatuto Social ou alteração contratual vigente no mês da data do evento devidamente registrado no órgão competente, quando o segurado for cotista/sócio; e
- k) Cópia simples da Ata de Assembleia do Estipulante ou Subestipulante, desde que devidamente registrada no órgão competente, vigente no mês da data do evento, quando o segurado for administrador eleito ou contratado.

Os documentos 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.

22.3 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.

A KAPAM SEGURADORA terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data de protocolo do último documento exigido e necessário para a regulação do sinistro, para manifestar-se sobre a existência de cobertura sob pena de decair do direito de recusá-la, contado da data de apresentação da reclamação ou do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhados de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.

A recusa da cobertura deve ser expressa e fundamentada, não podendo a KAPAM SEGURADORA inovar posteriormente o fundamento, salvo quando, depois da recusa, vier tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.

Recusada a cobertura, no todo ou em parte, a KAPAM SEGURADORA deverá entregar ao segurado ou ao beneficiário, conforme o caso, os documentos produzidos ou obtidos durante a regulação e liquidação do sinistro que fundamentarem sua decisão, contudo a KAPAM SEGURADORA não está obrigada a entregar documentos e demais elementos probatórios que sejam considerados confidenciais ou sigilosos por lei ou que possam causar danos a terceiros, salvo em razão de decisão judicial ou arbitral.

Sempre que solicitado, a KAPAM SEGURADORA deve encaminhar segurado ou ao beneficiário, conforme o caso, o relatório de regulação e liquidação do sinistro no prazo de 10 (dez) dias a contar da solicitação.

A contagem do prazo de regulação do sinistro poderá ser interrompido uma única vez mediante solicitação de informações, esclarecimentos ou documentação complementar e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foi atendida a solicitação e seus recebimento protocolado pela KAPAM SEGURADORA, com exceção de coberturas cujo capital segurado individual supere 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente na data de adesão ao seguro onde o prazo de regulação do sinistro poderá ser interrompido por, no máximo, 2 (duas) vezes.

A solicitação de qualquer informação, esclarecimentos ou documentação complementar por parte da KAPAM SEGURADORA, além daqueles definidos nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais de cada cobertura, deverá estar acompanhada de justificativa fundamentada e justificada. **A solicitação não fundamentada ou fora do prazo máximo previsto nesta cláusula, será ignorada para todos os efeitos na contagem de prazo para regulação do sinistro.**

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

22.3.1 SINISTRO: PRAZO MÁXIMO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Reconhecida a cobertura do sinistro, a KAPAM SEGURADORA terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados da data do término do prazo da regulação do sinistro ou de seu prazo máximo previsto na cláusula 22.3 SINISTRO: REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO, o que ocorrer primeiro, para realização a liquidação do sinistro e o pagamento da indenização.

O valor de indenização devido apurado na liquidação do sinistro deve ser apresentado de forma fundamentada ao segurado ou ao beneficiário, conforme o caso, não podendo a KAPAM SEGURADORA inovar posteriormente, salvo quando vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.

A contagem do prazo de pagamento da indenização poderá ser interrompido uma única vez mediante solicitação de informações, esclarecimentos ou documentação complementar e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foi atendida a solicitação e seus recebimento protocolado pela KAPAM SEGURADORA, com exceção de coberturas cujo capital segurado individual supere 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente na data de adesão ao seguro onde o prazo de pagamento da indenização poderá ser interrompido por, no máximo, 2 (duas) vezes.

A solicitação de qualquer informação, esclarecimentos ou documentação complementar por parte da KAPAM SEGURADORA, além daqueles definidos nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais de cada cobertura, deverá estar acompanhada de justificativa fundamentada e justificada. **A solicitação não fundamentada ou fora do prazo máximo previsto nesta cláusula, será ignorada para todos os efeitos na contagem de prazo de pagamento da indenização.**

22.3.2 SINISTRO: PERÍCIA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA a seu critério decidirá pela necessidade de o segurado passar por perícia médica para determinar com exatidão o grau e a extensão das lesões, da invalidez permanente, e/ou do estado de incapacidade física, e neste caso comunicará ao segurado opções de local, data e horário, além de arcar 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 Gerais e das Condições Especiais.

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.

22.3.3 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 médica.

22.3.4 SINISTRO: APURAÇÃO DO VALOR A INDENIZAR

O valor a indenizar por sinistro será apurado pela KAPAM SEGURADORA considerando o Capital Segurado Individual, apurado com base na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL, na data de ocorrência do evento, sendo que será deduzido o valor da franquia (se houver).

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.

22.4 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.

22.4.1 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 legais, previstos no Código Civil, aplicado à base pro-rata-temporis ao valor da indenização devida, 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 indexador previsto na cláusula 14.1 **ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR**, aplicada ao valor da indenização devida e apurada no período entre a data de ocorrência do sinistro e a data do seu efetivo pagamento ao beneficiário.

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.

22.5 SINISTRO: REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Uma vez a indenização paga, o Capital Segurado Global de cada cobertura será reintegrado automaticamente e a possibilidade de reintegração ou não da cobertura individual estará prevista nas Condições Especiais da cobertura acionada pelo sinistro.

23 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, desta forma as indenizações pagas são impenhoráveis.

24 AVISO DE AGRAVAÇÃO DO RISCO DURANTE A VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL DO SEGURO

O Estipulante, Subestipulante e o segurado, conforme o caso, estão obrigados a comunicar à KAPAM SEGURADORA, logo que saibam e por escrito, relevante agravamento dos riscos cobertos pela apólice coletiva, sob pena de perder o direito à indenização decorrente das coberturas contratadas, se ficar comprovado que silenciou de má-fé e de forma dolosa, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas e devidamente comprovadas pela KAPAM SEGURADORA:

Ainda, o segurado, Estipulante ou Subestipulante que culposamente descumprir o dever comunicar relevante agravamento de risco fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada ou, se a cobertura for tecnicamente impossível ou o risco agravado não for do tipo normalmente subscrito pela KAPAM SEGURADORA, não fará jus à cobertura.

Para fins deste plano de seguro, será considerado relevante o agravamento dos riscos cobertos àquele que conduza ao aumento significativo e continuado da probabilidade de ocorrência do risco ou da severidade dos efeitos de tal realização.

No caso de agravamento relevante intencional ou não intencional do risco, a KAPAM SEGURADORA, desde que o faça nos 20 (vinte) dias seguintes ao recebimento da comunicação sobre agravação do risco pelo segurado ou pelo Estipulante ou ainda pelo Subestipulante, mediante comunicação formal, manterá a cobertura do seguro vigente e cobrará a diferença do prêmio cabível em função do novo risco apresentado. Quando o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado, o Estipulante ou Subestipulante poderão recusar a modificação na cobertura, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias corridos, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o risco foi agravado, sem qualquer devolução, por parte da KAPAM SEGURADORA, de prêmios já pagos anteriormente à data de modificação do risco.

Todas as notificações feitas pela KAPAM SEGURADORA devem ser feitas por qualquer meio idôneo que comprove o recebimento da notificação pelo segurado, Estipulante ou Subestipulante, conforme o caso.

25 AVISO DE REDUÇÃO DO RISCO DURANTE A VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL DO SEGURO

O Segurado, Estipulante ou Subestipulante estão obrigados a comunicar à KAPAM SEGURADORA, logo que saibam e por escrito, relevante redução dos riscos cobertos pelo seguro. Nessa hipótese, o valor do prêmio poderá ser proporcionalmente reduzido, desde que a KAPAM SEGURADORA, após avaliação técnica, verifique que a diminuição do risco efetivamente reduz o custo da cobertura, ressalvado o direito desta de reter as despesas de contratação.

Para fins deste plano de seguro, será considerado relevante a redução dos riscos cobertos àquele que conduza à diminuição significativa e continuada da probabilidade de ocorrência do risco ou da severidade dos efeitos de tal realização.

Comunicada pelo segurado, Estipulante ou Subestipulante, conforme o caso, sobre a redução relevante do risco, a KAPAM SEGURADORA, no prazo de 15 (quinze) dias a contar dessa comunicação, deverá notificar sobre sua avaliação e eventual redução proporcional do prêmio. Caso a KAPAM SEGURADORA avalie que não houve relevante redução do risco, o segurado, Estipulante ou Subestipulante poderão solicitar, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da notificação da KAPAM SEGURADORA, a resolução do contrato com devolução do prêmio proporcional ao

risco a decorrer, ressalvado o direito da KAPAM SEGURADORA às despesas de contratação.

26 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:

26.1 PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO DO SEGURO: AGRAVAÇÃO RELEVANTE DO RISCO

No caso de ocorrência de sinistro, tendo o segurado informado ou não à KAPAM SEGURADORA sobre relevante agravamento do risco, a KAPAM SEGURADORA somente poderá recusar a indenização caso prove o nexo causal entre o agravamento do risco e o sinistro caracterizado.

26.2 PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO DO SEGURO: ATOS ILÍCITOS DOLOSOS, FRAUDE E MÁ-FÉ

Se o próprio Segurado, seu(s) beneficiário(s) 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 apólice coletiva, e/ou no processo de regulação e liquidação do sinistro, haverá perda no direito à indenização, bem como caso houver:

26.2.1 Recusa em fornecer a documentação, informações ou esclarecimentos solicitados.

26.2.2 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.

26.2.3 Para obter ou aumentar a indenização, praticarem:

- a) simulação de acidente ou agravamento das suas consequências;**
- b) fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;**
- c) 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, o seguro será cancelado, sem direito a restituição total ou parcial do prêmio já pago.

26.3 PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO DO SEGURO: DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMISSÕES

Se o próprio segurado, e/ou Estipulante, e/ou Subestipulante, 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 da apólice coletiva, sem direito a restituição total ou parcial do prêmio já pago, e o Estipulante e/ou Subestipulante 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:

26.3.1 na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) Cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível e/ou restringir abrangência e termos nas Condições Especiais da cobertura contratada.

26.3.2 na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral:

- a) Cancelar o seguro após o pagamento da indenização parcial, retendo o prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) 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.

26.3.3 na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral:

- a) Cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

27 ESTIPULANTE E SUBESTIPULANTE: DIREITOS, OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES

Os direitos, obrigações e responsabilidades do Estipulante, serão previstos no contrato de seguro firmado com a KAPAM SEGURADORA, sendo que 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.

O Estipulante poderá propor a inclusão de Subestipulante no contrato de seguro, tendo a KAPAM SEGURADORA 15 (quinze) dias para se manifestar, mediante aditivo ao contrato de seguro, formalizando a delimitação dos poderes, responsabilidades e áreas de atuação, data de inclusão do Subestipulante no contrato, sendo que o aditivo deverá ser assinado pelas três partes (KAPAM SEGURADORA, Estipulante e Subestipulante), ou apresentando correspondência com os motivos da recusa.

O Estipulante e Subestipulante deverão cumprir as obrigações e os deveres do contrato, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário.

O estipulante poderá substituir processualmente o segurado ou o beneficiário para exigir, em favor exclusivo destes, o cumprimento das obrigações derivadas do contrato.

Cabe ao Estipulante, além de outras atribuições que decorram de lei ou de convenção, assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.

28 REPRESENTANTE DE SEGUROS: DIREITOS, OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES

Desde que previsto em contrato de representação, o representante de seguros poderá assumir a obrigação de promover, ofertar e/ou distribuir este plano de seguro, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, à conta e em nome da KAPAM SEGURADORA, sem prejuízo de realização de outras atividades, e atuará de acordo com os poderes delimitados no respectivo contrato de representação firmado com a KAPAM SEGURADORA, onde constará sua remuneração, bem como a cláusula de Excedente Técnico, se houver.

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

29 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro por parte do Representante de Seguro, do Corretor de seguros, do Estipulante e/ou Subestipulante 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.

30 FORO

Fica eleita a Comarca do domicílio do Estipulante, do Subestipulante, do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir, processar, e julgar quaisquer questões judiciais decorrentes do presente plano de seguro, da apólice coletiva e do contrato de seguro, renunciando as partes, a qualquer outro foro, por mais privilegiado que seja, salvo se eles ajuizarem a ação optando por qualquer domicílio da KAPAM SEGURADORA ou de agente desta.

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

31 CLÁUSULA DE ARBITRAGEM

O presente Plano de Seguro, poderá ser pactuada, mediante instrumento assinado pelas partes, a resolução de litígios por meios alternativos, que será feita no Brasil e submetida às regras do direito brasileiro, inclusive na modalidade de arbitragem.

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 Estipulante, Subestipulante, segurado ou beneficiário por qualquer motivo que não os definidos nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais.

O registro do plano de seguro junto à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP não implica, por parte da Autarquia, sua aprovação ou incentivo à contratação do seguro a ele vinculado.

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

O segurado poderá consultar o registro do seguro contratado no site www.susep.com.br, onde as Condições Gerais e Especiais deste plano de seguro poderão ser consultadas.

As Condições Especiais prevalecem sobre as Condições Gerais.

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.

* * * * *

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE (M)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do Capital Segurado Individual 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, observadas estas Condições Especiais e as Condições Gerais deste plano de seguro.

Aos segurados menores de 14 (quatorze) anos, 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, **não estando cobertas as despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.**

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 8 RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência de:

- 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, nos casos de apólice que não possuam prazo de carência;
- b) de toda e qualquer doença e/ou lesão diagnosticada durante o período de carência, nos casos de apólice que possuam prazo de carência.

3 CARÊNCIA

O período de carência será definido na proposta de contratação e na apólice coletiva, 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência 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.

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento

dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

4 FRANQUIA

Não há franquia.

5 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado Individual, será considerada data do evento a data de falecimento do Segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

6 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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 (CATORZE) 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 DA COBERTURA INDIVIDUAL

Não haverá reintegração da cobertura individual 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 seguros 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 Individual 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, observadas estas Condições Especiais e as Condições Gerais deste plano de seguro.

Aos segurados menores de 14 (quatorze) anos, 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, **não estando cobertas as despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.**

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 8 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 medicamentosos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

3 CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

4 FRANQUIA

Não há franquia.

5 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

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

6 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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.

6.1 DOCUMENTOS ADICIONAIS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS COM MENORES DE 14 (CATORZE) 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 DA COBERTURA INDIVIDUAL

Não haverá reintegração da cobertura individual 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 seguros 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 Individual ao beneficiário, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado vítima de crime praticado por terceiro conta a sua pessoa, 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, 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 8 RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência de 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o

último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

4 FRANQUIA

Não há franquia.

5 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

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

6 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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:

- i) Certidão de Óbito do segurado;
- j) Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver;
- k) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado;
- l) 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;
- m) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste no Laudo de Exame Cadavérico;
- n) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho desta;
- o) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- p) Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima.

6.1 DOCUMENTOS ADICIONAIS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS COM MENORES DE 14 (CATORZE) 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 DA COBERTURA INDIVIDUAL

Não haverá reintegração da cobertura individual 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 seguros 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 Individual 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, 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.

Relação dos Eventos Cobertos:

- 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 8 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 antes da contratação do seguro, 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 medicamentosos, 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

4 FRANQUIA

Não há franquia.

5 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

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

6 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento cláusula 22.2.1 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 22.3.2 SINISTRO: PERÍCIA MÉDICA das Condições Gerais deste plano de seguro.

8 JUNTA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá propor junta médica nos termos da cláusula 22.3.3 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais deste plano de seguro.

10 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Não haverá reintegração da cobertura individual 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 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 seguros permanecerão vigentes sem qualquer alteração.

12 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste plano de 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 Individual 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, 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 Individual 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 8 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

4 FRANQUIA

Não há franquia.

5 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

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

O valor da indenização final será obtido aplicando-se ao Capital Segurado Individual os percentuais estabelecidos na Relação dos Eventos Cobertos constante da cláusula 1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS.

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.

6 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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 22.3.2 SINISTRO: PERÍCIA MÉDICA das Condições Gerais deste plano de seguro.

8 JUNTA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá propor junta médica nos termos da cláusula 22.3.3 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

10 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Não haverá reintegração da cobertura individual após a ocorrência de sinistro indenizável por invalidez permanente total, porém a cobertura individual será automaticamente reintegrada 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 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 seguros 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 - ANTECIPAÇÃO (IFPD-ANTECIPAÇÃO)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento da antecipação do capital segurado individual da 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, 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.

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

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 8 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 na proposta de contratação e na apólice coletiva, 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 pessoais, exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência 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.

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

4 FRANQUIA

Não há franquia.

5 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

O percentual de antecipação do capital segurado da cobertura Morte (M) deve ser definido na proposta de contratação e na apólice.

Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado Individual, será considerada como data do evento a data indicada na declaração ou atestado médico que deu origem ao sinistro.

6 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º grau: O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º grau: O segurado apresenta disfunção (ões) e ou insuficiência (s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º grau: O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a 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 agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou Refratariedade terapêutica.	08

7 PERÍCIA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá solicitar perícia médica nos termos da cláusula 22.3.2 SINISTRO: PERÍCIA MÉDICA das Condições Gerais deste plano de seguro.

8 JUNTA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá propor junta médica nos termos da cláusula 22.3.3 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

10 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Não haverá reintegração da cobertura individual 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 seguros 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 Individual 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, 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 8 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 na proposta de contratação e na apólice coletiva, 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência 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.

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

4 FRANQUIA

Não há franquia.

5 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado Individual, será considerada como data do evento a data indicada na declaração ou atestado médico que deu origem ao sinistro.

6 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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:

- 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;
- Exames e registros médicos que fundamentam o diagnóstico de que, considerando os meios terapêuticos disponíveis, o quadro clínico incapacitante é de fato irreversível;
- Certidão de óbito do segurado, em caso de óbito ocorrido antes do recebimento da indenização;
- 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
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º grau: O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º grau: O segurado apresenta disfunção (ões) e ou insuficiência (s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º grau: O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a 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 agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou Refratariedade terapêutica.	08

7 PERÍCIA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá solicitar perícia médica nos termos da cláusula 22.3.2 SINISTRO: PERÍCIA MÉDICA das Condições Gerais deste plano de seguro.

8 JUNTA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá propor junta médica nos termos da cláusula 22.3.3 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

10 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Não haverá reintegração da cobertura individual 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 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 seguros 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 Individual 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, 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 8 RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, também se considera como excluídos os casos de invalidez laborativa total e permanente em consequência de:

- a) direta ou indireta de acidente pessoal;
- b) doença cuja evolução natural tenha sido agravada ou acelerada por acidente;
- c) toda e qualquer doença com diagnóstico anterior ao início de vigência da cobertura individual, e não declarada no momento da adesão ao seguro 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 na proposta de contratação e na apólice coletiva, 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência 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.

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

4 FRANQUIA

Não há franquia.

5 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado Individual, será considerada como data do evento a data indicada na declaração ou atestado médico que deu origem ao sinistro.

6 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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) Comprovante de residência do segurado no mês do evento;
- d) 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 22.3.2 SINISTRO: PERÍCIA MÉDICA das Condições Gerais deste plano de seguro.

8 JUNTA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá propor junta médica nos termos da cláusula 22.3.3 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

10 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Não haverá reintegração da cobertura individual 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 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 seguros 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 sofrido pelo segurado e, ocorrido durante o período de vigência da cobertura individual, respeitando como limite máximo do reembolso o valor do Capital Segurado 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 8 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

4 FRANQUIA

Não há franquia.

5 BENEFICIÁRIO

Os beneficiários 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

6 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado Individual, 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 Segurado Individual vigente na data do evento.

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 Individual.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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 da cobertura individual 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 DIÁRIA 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 Capital Segurado Individual, 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 4 FRANQUIA definido na cláusula 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 8 RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as diárias de 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 na proposta de contratação e na apólice coletiva, 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência 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.

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

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.

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 INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado Individual, 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.

O valor das diárias seguradas e a quantidade máxima de diárias estarão previstos na apólice coletiva, sendo que a importância a ser indenizada será obtida multiplicando-se a quantidade de diárias da internação realizada, respeitando a quantidade máxima de diárias contratadas por evento e deduzindo o período de franquia, pelo valor da diária, sendo que a indenização total devida nunca irá superar o valor total do Capital Segurado Individual.

O valor das despesas incorridas com a internação hospitalar não será considerado no cálculo do valor a ser indenizado.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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;
- 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

9 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A reintegração da cobertura individual será automática após cada internação, desde que a indenização total não atinja o valor total do Capital Segurado Individual.

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 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 seguros 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 DIÁRIA 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 Capital Segurado Individual, 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 4 FRANQUIA definido na cláusula 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 8 RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as diárias de 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 na proposta de contratação e na apólice coletiva, 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência 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. Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

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.

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 INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

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 Individual, 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.

O valor das diárias seguradas e a quantidade máxima de diárias estarão previstos na apólice coletiva, sendo que a importância a ser indenizada será obtida multiplicando-se a quantidade de diárias da internação realizada, respeitando a quantidade máxima de diárias contratadas por evento e deduzindo o período de franquia, pelo valor da diária, sendo que a indenização total devida nunca irá superar o valor total do Capital Segurado Individual.

O valor das despesas incorridas com a internação hospitalar em UTI não será considerado no cálculo do valor a ser indenizado.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

9 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A reintegração da cobertura individual será automática após cada internação, desde que a indenização total não atinja o valor total do Capital Segurado Individual.

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 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 seguros 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 DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAS (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 Capital Segurado Individual, 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 4 FRANQUIA definido na cláusula 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 8 RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as diárias de 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

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.

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 INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado Individual, 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

O valor das diárias seguradas e a quantidade máxima de diárias estarão previstos na apólice coletiva, sendo que a importância a ser indenizada será obtida multiplicando-se a quantidade de diárias da internação realizada, respeitando a quantidade máxima de diárias contratadas por evento e deduzindo o período de franquia, pelo valor da diária, sendo que a indenização total devida nunca irá superar o valor total do Capital Segurado Individual.

O valor das despesas incorridas com a internação hospitalar não será considerado no cálculo do valor a ser indenizado.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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;
- 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

9 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A reintegração da cobertura individual será automática após cada internação, desde que a indenização total não atinja o valor total do Capital Segurado Individual.

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 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 seguros 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 DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAS (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 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 Capital Segurado Individual, 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 4 FRANQUIA definido na cláusula 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 8 RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as diárias de 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

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.

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 INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

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 Individual, 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.

O valor das diárias seguradas e a quantidade máxima de diárias estarão previstos na apólice coletiva, sendo que a importância a ser indenizada será obtida multiplicando-se a quantidade de diárias da internação realizada, respeitando a quantidade máxima de diárias contratadas por evento e deduzindo o período de franquia, pelo valor da diária, sendo que a indenização total devida nunca irá superar o valor total do Capital Segurado Individual.

O valor das despesas incorridas com a internação hospitalar não será considerado no cálculo do valor a ser indenizado.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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;
- 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

9 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A reintegração da cobertura individual será automática após cada internação, desde que a indenização total não atinja o valor total do Capital Segurado Individual.

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 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 seguros 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 DIÁRIA 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, 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 Individual, 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 8 RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as diárias de 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 na proposta de contratação e na apólice coletiva, 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência 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.

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

5 FRANQUIA

O período de franquia será definido no contrato de seguro respeitando o prazo máximo de 15 (quinze) dias, e deverá constar na apólice coletiva.

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

6 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

7 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado Individual, 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.

O valor das diárias seguradas e a quantidade máxima de dias do período de incapacidade estarão previstos na apólice coletiva, sendo que a importância a ser indenizada será obtida multiplicando-se a quantidade de dias do período de incapacidade, respeitando a quantidade máxima de dias contratados por evento e deduzindo o período de franquia, pelo valor da diária, sendo que a indenização total devida nunca irá superar o valor total do Capital Segurado Individual.

O valor da renda mensal ou diária, do segurado, não será considerado no cálculo do valor a ser indenizado.

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

10 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A reintegração da cobertura individual 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 seguro 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 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 Individual, 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 8 RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as diárias de 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

5 FRANQUIA

O período de franquia será definido no contrato de seguro respeitando o prazo máximo de 15 (quinze) dias, e deverá constar na apólice coletiva.

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

6 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

7 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado Individual, 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.

O valor das diárias seguradas e a quantidade máxima de dias do período de incapacidade estarão previstos na apólice coletiva, sendo que a importância a ser indenizada será obtida multiplicando-se a quantidade de dias do período de incapacidade, respeitando a quantidade máxima de dias contratados por evento e deduzindo o período de franquia, pelo valor da diária, sendo que a indenização total devida nunca irá superar o valor total do Capital Segurado Individual.

O valor da renda mensal ou diária, do segurado, não será considerado no cálculo do valor a ser indenizado.

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

10 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A reintegração da cobertura individual 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 seguro 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 Individual, 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 8 RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as diárias de 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

5 FRANQUIA

O período de franquia será definido no contrato de seguro respeitando o prazo máximo de 15 (quinze) dias, e deverá constar na apólice coletiva.

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

6 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

7 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado Individual, 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.

O valor das diárias seguradas e a quantidade máxima de dias do período de incapacidade estarão previstos na apólice coletiva, sendo que a importância a ser indenizada será obtida multiplicando-se a quantidade de dias do período de incapacidade, respeitando a quantidade máxima de dias contratados por evento e deduzindo o período de franquia, pelo valor da diária, sendo que a indenização total devida nunca irá superar o valor total do Capital Segurado Individual.

O valor da renda mensal ou diária, do segurado, não será considerado no cálculo do valor a ser indenizado.

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

10 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A reintegração da cobertura individual 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 seguro 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 Individual, 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 8 RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as diárias de 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 da cláusula 2.3 Acidente Pessoal ocorrido no horário de trabalho das Condições Gerais.

4 CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

5 FRANQUIA

O período de franquia será definido no contrato de seguro respeitando o prazo máximo de 15 (quinze) dias, e deverá constar na apólice coletiva.

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

6 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

7 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado Individual, 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.

O valor das diárias seguradas e a quantidade máxima de dias do período de incapacidade estarão previstos na apólice coletiva, sendo que a importância a ser indenizada será obtida multiplicando-se a quantidade de dias do período de incapacidade, respeitando a quantidade máxima de dias contratados por evento e deduzindo o período de franquia, pelo valor da diária, sendo que a indenização total devida nunca irá superar o valor total do Capital Segurado Individual.

O valor da renda mensal ou diária, do segurado, não será considerado no cálculo do valor a ser indenizado.

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

10 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A reintegração da cobertura individual 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 seguro 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 DOENÇAS CONGÊNITAS DE FILHOS (DCF)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do Capital Segurado Individual 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 segurados, 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 8 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 na proposta de contratação e na apólice coletiva, 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 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.

Somente estarão cobertos por esta cobertura os filhos nascidos vivos após o término do período de carência.

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

5 FRANQUIA

Não há franquias.

6 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatado a doença para ambos os filhos, o Capital Segurado Individual a ser indenizado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.

Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado Individual, 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 22.2.1 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 nascido com o diagnóstico de doença congênita;
- 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

9 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Não haverá reintegração da cobertura individual 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 RESCISÃO CONTRATUAL POR MORTE (RCM)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do Capital Segurado Individual 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 8 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 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 na proposta de contratação e na apólice coletiva, 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência 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.

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

5 FRANQUIA

Não há franquia.

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 INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

O valor total indenização será limitado ao Capital Segurado Individual, 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 Individual, será considerada data do evento a data de falecimento do Segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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) 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 (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 DA COBERTURA INDIVIDUAL

Não haverá reintegração da cobertura individual 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 Individual 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 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 8 **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 antes da contratação do seguro, 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 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

5 FRANQUIA

Não há franquia.

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 INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

O valor total indenização será limitado ao Capital Segurado Individual, 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 Individual, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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) Comprovante de pagamento do salário do mês da ocorrência do óbito;
- j) 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 DA COBERTURA INDIVIDUAL

Não haverá reintegração da cobertura individual 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 Individual 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, 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 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 8 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 na proposta de contratação e na apólice coletiva, 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência 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.

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

5 FRANQUIA

Não há franquias.

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 INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

O valor total indenização será limitado ao Capital Segurado Individual, independentemente do valor total das verbas rescisórias e das despesas de recolocação de pessoal em função da aposentadoria 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 22.2.1 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:

- f) Declaração do Estipulante/Subestipulante descrevendo a necessidade de substituição e identificando o novo funcionário;
- g) 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;
- h) Contrato de trabalho ou termo de admissão do substituto.

9 PERÍCIA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá solicitar perícia médica nos termos da cláusula 22.3.2 SINISTRO: PERÍCIA MÉDICA das Condições Gerais deste plano de seguro.

10 JUNTA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá propor junta médica nos termos da cláusula 22.3.3 SINISTRO: JUNTA MÉDICA das Condições Gerais deste plano de seguro.

11 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Não haverá reintegração da cobertura individual 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 Individual 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 individual a ser pago não se acumula. Nesse caso, o sinistro será registrado em apenas um dos segurados, 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 8 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 na proposta de contratação e na apólice coletiva, 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 pessoais, exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência 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. Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

5 FRANQUIA

Não há franquia.

6 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

O pagamento do capital segurado individual 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 individual, 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 22.2.1 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

9 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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 Individual 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 individual a ser pago não se acumula. Nesse caso, o sinistro será registrado em apenas um dos segurados, 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 8 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 na proposta de contratação e na apólice coletiva, 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência 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.

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

5 FRANQUIA

Não há franquia.

6 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

O valor total reembolsado não poderá ser superior ao capital segurado individual vigente na data do evento.

O pagamento do capital segurado individual 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 individual, 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 22.2.1 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

9 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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 Individual 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 individual a ser pago não se acumula. Nesse caso, o sinistro será registrado em apenas um dos segurados, 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 8 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 na proposta de contratação e na apólice coletiva, 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência 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.

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

5 FRANQUIA

Não há franquias.

6 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

Em caso de nascimento de mais de uma criança prematura, no mesmo parto, o capital segurado individual a ser indenizado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos prematuros nascidos vivos.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado individual, 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 22.2.1 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

9 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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 consiste no pagamento do Capital Segurado Individual 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 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 individual 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 8 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 na proposta de contratação e na apólice coletiva, 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência 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.

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

5 FRANQUIA

Não há franquia.

6 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado individual, 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 individual a ser indenizado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

9 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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 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 Individual, observadas estas Condições Especiais e as Condições Gerais deste plano de seguro.

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 8 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 na proposta de contratação e na apólice coletiva, 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência 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.

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

4 FRANQUIA

Não há franquias.

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 SEGUADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGUADO: CAPITAL SEGUADO INDIVIDUAL.

Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado Individual, será considerada data do evento a data de 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 Individual, 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 segurado e respeitando-se o Capital Segurado Individual.

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 Individual.

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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 DA COBERTURA INDIVIDUAL

Não haverá reintegração da cobertura individual 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.

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 Individual 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 8 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 na proposta de contratação e na apólice coletiva, 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência 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.

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

4 FRANQUIA

Não há franquias.

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 INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado Individual, será considerada data do evento a data de 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 Individual, 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 segurado e respeitando-se o Capital Segurado Individual.

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 Individual.

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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 DA COBERTURA INDIVIDUAL

Não haverá reintegração da cobertura individual 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 seguros 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 individual, 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 ALIMENTAÇÃO (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, 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 como limite máximo do reembolso por parcela mensal, sendo que o total indenizado não ultrapassará o valor do Capital Segurado 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 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 Individual 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 8 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 na proposta de contratação e na apólice coletiva, sendo que:

- 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;
- 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;
- Não há carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência 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. Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

4 FRANQUIA

Não há franquia.

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, na falta destes, aos pais do segurado.

6 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

O reembolso respeitará o valor limite mensal e o número de parcelas mensais contratados e especificados na apólice, sendo que o valor da multiplicação do valor limite mensal e o número de parcelas mensais será sempre igual ao Capital Segurado Individual.

Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado Individual, será considerada data do evento a data de falecimento do Segurado, comprovada mediante certidão de óbito.

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 segurado e respeitando-se o Capital Segurado Individual.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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 DA COBERTURA INDIVIDUAL

Não haverá reintegração da cobertura individual 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 seguros 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 (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 Individual, observadas estas Condições Especiais e as Condições 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 Individual 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 8 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 na proposta de contratação e na apólice coletiva, sendo que:

- 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;
- 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;
- Não há carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência 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. Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

4 FRANQUIA

Não há franquia.

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 INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

O reembolso respeitará o valor limite mensal e o número de parcelas mensais contratados e especificados na apólice, sendo que o valor da multiplicação do valor limite mensal e o número de parcelas mensais será sempre igual ao Capital Segurado Individual.

Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado Individual, será considerada data do evento a data de falecimento do Segurado, comprovada mediante certidão de óbito.

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.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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 DA COBERTURA INDIVIDUAL

Não haverá reintegração da cobertura individual 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 seguros 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 Individual, 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 Individual 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 8 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 antes da contratação do seguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência.**

3 CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

4 FRANQUIA

Não há franquia.

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 INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

O reembolso respeitará o valor limite mensal e o número de parcelas mensais contratados e especificados na apólice, sendo que o valor da multiplicação do valor limite mensal e o número de parcelas mensais será sempre igual ao Capital Segurado Individual.

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

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.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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 DA COBERTURA INDIVIDUAL

Não haverá reintegração da cobertura individual 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 seguros 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 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, sendo o total limitado ao capital segurado individual.

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 8 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

4 FRANQUIA

Não há franquias.

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 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

6 CAPITAL SEGUADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGUADO: CAPITAL SEGUADO INDIVIDUAL.

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

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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.

8 PERÍCIA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá solicitar perícia médica nos termos da cláusula 22.3.2 SINISTRO: PERÍCIA MÉDICA das Condições Gerais deste plano de seguro.

9 JUNTA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá propor junta médica nos termos da cláusula 22.3.3 SINISTRO: JUNTA MÉDICA das Condições Gerais deste plano de seguro.

10 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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 individual, 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 8 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 na proposta de contratação e na apólice coletiva, 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência 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.

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

5 FRANQUIA

O período de franquia será definido no contrato de seguro respeitando o prazo máximo de 15 (quinze) dias, e deverá constar na apólice coletiva.

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 BENEFICIÁRIO

O beneficiário será o Estipulante ou Subestipulante, conforme o caso, da apólice coletiva, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do segurado.

8 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

O valor total indenização será limitado ao Capital Segurado Individual, independentemente do valor total das despesas trabalhistas efetivamente comprovadas pelo beneficiário.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado individual, 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.

9 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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.

10 PERÍCIA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá solicitar perícia médica nos termos da cláusula 22.3.2 SINISTRO: PERÍCIA MÉDICA das Condições Gerais deste plano de seguro.

11 JUNTA MÉDICA

A KAPAM SEGURADORA poderá propor junta médica nos termos da cláusula 22.3.3 SINISTRO: JUNTA MÉDICA das Condições Gerais deste plano de seguro.

12 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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 MORTE - AUXÍLIO FAMÍLIA (AUX-FAM)

1 DEFINIÇÃO E RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento do capital segurado individual 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 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 8 RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

4 CARÊNCIA

O período de carência será definido na proposta de contratação e na apólice coletiva, 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Para cada segurado o período de carência 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.

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1

ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

5 FRANQUIA

Não há franquia.

6 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).

7 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

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

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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.

9 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Não haverá reintegração da cobertura individual 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 seguros 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 individual 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 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 8 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 pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

4 FRANQUIA

O período de franquia será definido no contrato de seguro respeitando o prazo máximo de 7 (sete) dias, e deverá constar na apólice coletiva.

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 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

6 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

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.

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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.

8 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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 individual 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 individual, observadas estas condições especiais e as condições gerais deste plano de seguro.

2 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 8 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 pessoais, exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

4 FRANQUIA

Não há franquia.

5 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 21 BENEFICIÁRIO das Condições Gerais.

6 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

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

7 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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.

8 REINTEGRAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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 individual, 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 8 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 da cláusula 2.3 Acidente Pessoal ocorrido no horário de trabalho das Condições Gerais.**

4 CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais, **exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual.**

Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, legal ou contratual, a KAPAM SEGURADORA efetuará a devolução dos prêmios pagos ao responsável pelo pagamento dos referidos prêmios, devidamente atualizados nos termos da cláusula 14.1 ATUALIZAÇÃO DE VALORES: INDEXADOR das Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento original de cada parcela do prêmio e àquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Adotando prazo de carência nesta cobertura, a KAPAM SEGURADORA não poderá negar o pagamento do capital segurado, em caso de sinistro ocorrido envolvendo esta cobertura, sob a alegação de preexistência de estado patológico.

5 FRANQUIA

Não há franquias.

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 INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

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 segurado individual.

8 DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à cláusula 22.2.1 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 DA COBERTURA INDIVIDUAL

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, nas mesmas 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, 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 (catorze) 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. Esta restrição não se aplica a coberturas de doenças graves não infecciosas ou doenças congênitas, desde que não suscetíveis a serem provocadas intencionalmente.

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 na apólice, a partir do início de vigência do mesmo ou a partir do nascimento do filho, quando posterior ao início de vigência da cobertura individual.

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 na apólice, a indenização 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 SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual é a importância máxima a ser indenizada, vigente na data do evento coberto e calculado conforme descrito na cláusula 11.3 CAPITAL SEGURADO: CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.

Demais especificidades no cálculo da indenização das coberturas dos dependentes, acompanharão as definições de cálculo previstas nas Condições Especiais de cada cobertura.

Os capitais segurados das coberturas contratadas para o cônjuge, e/ou filhos, e/ou pais, e/ou outros dependentes, serão definidos na apólice 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) a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge, filhos e dependentes for excluída da apólice coletiva
- c) ocorrer a morte do segurado principal;
- d) o segurado principal deixar o grupo segurado;
- e) 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.

5 CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

* * * * *