

SEGURO DE PESSOAS
Plano Coletivo - Faixa Etária

CONDIÇÕES GERAIS E
ESPECIAIS DE PRODUTO

OMINT | VIDA EM GRUPO
SEGUROS

ÍNDICE

GLOSSÁRIO	07
CONDIÇÕES GERAIS	15
1. OBJETIVO DO SEGURO	15
2. COBERTURAS	15
3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS	16
4. RISCOS EXCLUÍDOS	16
5. GRUPO SEGURÁVEL	17
6. GRUPO SEGURADO	17
7. ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO	17
8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	20
9. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO	21
10. INCLUSÃO DE SEGURADOS	21
11. CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO INDIVIDUAL DE SEGURADOS	21
12. INÍCIO DA VIGÊNCIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO	23
13. CARÊNCIAS E FRANQUIAS	24
14. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)	24
15. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL	25
16. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL E DO PRÊMIO	25
17. CUSTEIO DO SEGURO	25
18. CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO E REENQUADRAMENTO	26
19. PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO	26
20. PAGAMENTO DO PRÊMIO	27
21. OCORRÊNCIA DE SINISTROS	29
22. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	30
23. JUNTA MÉDICA	31
24. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	31
25. CANCELAMENTO DO SEGURO	33
26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	34
27. PRESCRIÇÃO	34
28. DISPOSIÇÕES GERAIS	34
29. FORO CONTRATUAL	35
CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS COBERTURA DE MORTE	36
1. OBJETIVO DA COBERTURA	36
2. RISCOS EXCLUÍDOS	36
3. CAPITAL SEGURADO	36
4. BENEFICIÁRIO	36



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	36
6. DISPOSIÇÕES GERAIS	37

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL 38

1. OBJETIVO DA COBERTURA	38
2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL	38
3. RISCOS EXCLUÍDOS	38
4. CAPITAL SEGURADO	38
5. BENEFICIÁRIO	39
6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	39
7. DISPOSIÇÕES GERAIS	39

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE 40

1. OBJETIVO DA COBERTURA	40
2. CONCEITOS	40
3. RISCOS EXCLUÍDOS	47
4. CAPITAL SEGURADO	48
5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	48
6. DISPOSIÇÕES GERAIS	49

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS COBERTURA AUTÔNOMA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA 50

1. OBJETIVO DA COBERTURA	50
2. CONCEITOS	50
3. RISCOS EXCLUÍDOS	51
4. CAPITAL SEGURADO	52
5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	52
6. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ	53
7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	56
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA	56
9. DISPOSIÇÕES GERAIS	56

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE 57

1. OBJETIVO DA COBERTURA	57
2. CONCEITOS	57
3. RISCOS EXCLUÍDOS	58



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

4. CAPITAL SEGURADO	59
5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	59
6. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ	60
7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	63
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA	63
9. DISPOSIÇÕES GERAIS	63

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS CLÁUSULA
SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE 64**

1. OBJETIVO DA COBERTURA	64
2. COBERTURAS	64
3. INCLUSÃO NA APÓLICE	64
4. CAPITAL SEGURADO	64
5. BENEFICIÁRIOS	65
6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	65
7. CESSAÇÃO DA COBERTURA	65
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	65

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS CLÁUSULA
SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE 66**

1. OBJETIVO DA COBERTURA	66
2. COBERTURAS	66
3. INCLUSÃO NA APÓLICE	66
4. CAPITAL SEGURADO	66
5. BENEFICIÁRIOS	67
6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	67
7. CESSAÇÃO DA COBERTURA	67
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	67

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS CLÁUSULA
SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS 69**

1. OBJETIVO DA COBERTURA	69
2. DEFINIÇÃO DE FILHOS	69
3. COBERTURAS	69
4. INCLUSÃO NA APÓLICE	69
5. CAPITAL SEGURADO	70
6. BENEFICIÁRIO	70
7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	70
8. CESSAÇÃO DA COBERTURA	70



9. DISPOSIÇÕES GERAIS	71
-----------------------------	----

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS CLÁUSULA
SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE FILHOS 72**

1. OBJETIVO DA COBERTURA	72
2. DEFINIÇÃO DE FILHOS	72
3. COBERTURAS	72
4. INCLUSÃO NA APÓLICE	72
5. CAPITAL SEGURADO	73
6. BENEFICIÁRIO	73
7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	73
8. CESSAÇÃO DA COBERTURA	73
9. DISPOSIÇÕES GERAIS	74

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS COBERTURA DE DESPESAS
MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO) DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL 75**

1. OBJETIVO DA COBERTURA	75
2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL	75
3. RISCOS EXCLUÍDOS	75
4. LIVRE ESCOLHA	76
5. COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS	76
6. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	76
7. INFORMAÇÕES DE APÓLICE	77
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	77

**CONDIÇÃO ESPECIAL DO SEGURO DE PESSOAS COBERTURA
DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE 78**

1. OBJETIVO DA COBERTURA	78
2. PERÍODO DE FRANQUIA	78
3. RISCOS EXCLUÍDOS	79
4. LIMITE DE DIÁRIAS	80
5. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE	80
6. DATA DO EVENTO	80
7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO	80
8. PAGAMENTO DAS DIÁRIAS DE INCAPACIDADE	81
9. JUNTA MÉDICA	81
10. CESSAÇÃO DA GARANTIA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE	82
11. DISPOSIÇÕES GERAIS	82



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS COBERTURA
DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA 83**

1. OBJETIVO DA COBERTURA	83
2. RISCOS COBERTOS	83
3. RISCOS EXCLUÍDOS	83
4. CARÊNCIA	85
5. FRANQUIA	85
6. LIMITE DE DIÁRIAS	85
7. CAPITAL SEGURADO	85
8. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO	85
9. PAGAMENTO DAS DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO	86
10. CESSAÇÃO DA COBERTURA	87
11. DISPOSIÇÕES GERAIS	87

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS COBERTURA
DE INVALIDEZ POR DOENÇA CONGÊNITA DO FILHO 88**

1. OBJETIVO DA COBERTURA	88
2. CONCEITO	88
3. RISCOS EXCLUÍDOS	88
4. GRUPO SEGURADO	89
5. CAPITAL SEGURADO	89
6. CONDIÇÕES DE COBERTURA	89
7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	89
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	89

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS COBERTURA AUXÍLIO FUNERAL 91

1. OBJETIVO DA COBERTURA	91
2. RISCO COBERTO	91
3. RISCOS EXCLUÍDOS	91
4. CAPITAL SEGURADO	91
5. CARÊNCIA	91
6. INDENIZAÇÃO	91
7. DISPOSIÇÕES GERAIS	92

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS COBERTURA DE CESTA BÁSICA 93

1. OBJETIVO DA COBERTURA	93
2. RISCOS COBERTOS	93



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

3. RISCOS EXCLUÍDOS	93
4. CAPITAL SEGURADO	93
5. CARÊNCIA	93
6. BENEFICIÁRIO	93
7. FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	93
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	94

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS COBERTURA
DE RESCISÃO TRABALHISTA 95**

1. OBJETIVO DA COBERTURA	95
2. GARANTIA AO ESTIPULANTE	95
3. RISCO COBERTO	95
4. RISCOS EXCLUÍDOS	95
5. CAPITAL SEGURADO	96
6. CARÊNCIA	96
7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	96
8. BENEFICIÁRIO	96
9. DISPOSIÇÕES GERAIS	96

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO 97**

1. OBJETIVO DA COBERTURA	97
2. PERÍODO E PRAZO DE APURAÇÃO	97
3. CRITÉRIOS DA APURAÇÃO	97
4. CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO	98



GLOSSÁRIO

Ficam a seguir definidos os termos técnicos utilizados neste contrato:

1. DAS TERMINOLOGIAS DO SEGURO

Aceitação do Risco: ato de aprovação pela OMINT Seguros da Proposta de Contratação efetuada pelo Proponente Estipulante, para cobertura de seguro de determinado(s) risco(s), após análise.

Acidente Pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, incluindo-se nesse conceito:

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

Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as 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.

Agravamento de Risco: toda e qualquer ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance de ocorrência de sinistro.

Apólice de Seguro: contrato de seguro, firmado entre o Estipulante e a OMINT Seguros, formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s), com base nas informações fornecidas na Proposta de Contratação, sendo composto pelas respectivas Condições Gerais e Especiais do Seguro, que fixam os direitos e obrigações do Segurado, da Seguradora e do(s) Beneficiário(s).

Ato Doloso: ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

Ato Ilícito: toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um sinistro feita pelo Segurado à OMINT Seguros assim que dele tenha conhecimento. É o documento fornecido ao Corretor de Seguros para ser entregue ao Estipulante, Segurado ou Beneficiário para o devido preenchimento, devolvendo com os documentos básicos solicitados nas Condições Gerais e Especiais, quando da ocorrência de um evento. É o documento obrigatório para que seja feita a comunicação formal da ocorrência do sinistro.

Beneficiário(s): a(s) pessoa(s) designada(s) pelo Segurado Titular para receber o valor do Capital Segurado na ocorrência da sua morte.

Boa-fé: conduta honesta em que devem se pautar o Segurado e a OMINT Seguros, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios e convictos de que atuam em conformidade com a lei.

Cancelamento: dissolução antecipada do contrato de seguro.

Capital Segurado: importância máxima estabelecida para cada cobertura, a ser paga pela OMINT Seguros em caso de ocorrência de evento coberto por este Seguro. O valor do Capital Segurado será pactuado na Proposta de Contratação e Adesão do Seguro, preenchida e assinada pelo Estipulante.

Carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

Certificado Individual do Seguro: documento destinado ao Segurado, emitido pela OMINT Seguros quando da aceitação, renovação, alteração de valores do Capital Segurado ou prêmio do Seguro.

Coberturas: diversas garantias passíveis de contratação disponibilizadas pela OMINT Seguros, definidas nas Condições Especiais. As Coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente da Apólice de Seguro.



Condições Contratuais: representam as Condições Gerais e Condições Especiais de um mesmo seguro, incluindo aquelas previstas na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

Condições Especiais: conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura do seguro, que eventualmente alteram e prevalecem sobre as Condições Gerais.

Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

Contrato de Seguro: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a OMINT Seguros, que estabelece as peculiaridades da contratação de seguro e fixa os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, do Segurado e do(s) Beneficiário(s).

Corretor de Seguros: pessoa física ou jurídica legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e o Segurado. É um profissional autônomo escolhido pelo Segurado e/ou pelo seu representante legal junto à Seguradora.

Dano Estético: qualquer dano físico / corporal causado à pessoa que, embora não acarrete sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, implique em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou de estética.

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

Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, no qual o médico-assistente ou algum outro médico escolhido pelo Segurado ou pelos Beneficiários emite sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Declaração Pessoal de Saúde: documento formal e legal incluso na Proposta de Adesão em que o Proponente Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde, assinando e responsabilizando-se pela veracidade e detalhamento das informações prestadas na data de sua assinatura.

Doenças ou Lesões Preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de qualquer alteração evidente do seu estado de saúde que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro e que poderá ser identificada pela OMINT Seguros por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais ou quaisquer outros meios.

Endosso: documento expedido pela OMINT Seguros, a pedido do Estipulante e/ou Segurado, durante a vigência da Apólice, pelo qual a Seguradora aceita a alteração de dados, modificação de condições, coberturas ou Beneficiários.



Estipulante: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

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

Franquia: período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização.

Grupo Segurado: conjunto dos componentes do Grupo Segurável que foram aceitos e incluídos no seguro.

Grupo Segurável: aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantém vínculo com o Estipulante, que podem aderir ou serem incluídas no seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais.

Indenização: pagamento efetuado pela OMINT Seguros ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), quando da ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do contrato de seguro.

Médico Assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc) para quem interessar, sob autorização do paciente. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nesses casos nenhuma indenização por parte da OMINT Seguros.

Natimorto: criança que, ao nascer, já se encontra morta.

Período de Cobertura: período durante o qual o Segurado ou Beneficiário(s) quando for o caso, fará(ão) jus ao capital contratado.

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

Processo SUSEP: procedimento pelo qual o Produto é registrado na SUSEP, não implicando, porém, em incentivo ou recomendação à sua comercialização por parte da autarquia.

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

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



Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco em que o Estipulante, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar cobertura(s) direcionada(s) às pessoas a ele vinculadas, declarando ter tido prévio e pleno conhecimento das Condições Gerais e Especiais da Apólice.

Regime Financeiro de Repartição Simples: aquele por meio do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados num determinado período.

Regulação de Sinistro: conjunto de procedimentos realizados após a ocorrência de um sinistro e respectivo aviso para apuração de suas causas e demais circunstâncias envolvidas, com a finalidade de verificar a caracterização de evento e seu enquadramento no seguro.

Reintegração do Capital Segurado: recomposição do capital segurado após ocorrência de sinistro coberto.

Renovação: recondução da Apólice de Seguro por novo período, geralmente por meio da emissão de nova Apólice, nas mesmas condições que vigoravam anteriormente, ou sob novas condições, neste último caso sempre que tenha havido alterações no objeto do seguro, no interesse segurado ou nas bases tarifárias do seguro.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pela apólice de seguro.

Seguradora: empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.

Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Sinistro: ocorrência de risco coberto durante o período de vigência do Contrato de Seguro.

Vigência da Apólice: período de tempo compreendido entre a data de início e de término do Contrato de Seguro firmado com o Estipulante.

2. DAS TERMINOLOGIAS APLICÁVEIS ÀS COBERTURAS DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (COBERTURA AUTÔNOMA OU ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE)

Agravo Mórbido: evolução com piora de uma doença.

Alienação Mental: distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais, tornando o Segurado total e permanentemente incapacitado para a vida civil.

Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas neuro-músculo-esqueléticas destinadas ao deslocamento do corpo humano. Fornece a capacidade de mover-se pela marcha, deslocando-se de um lugar para outro por



meio de diversos órgãos (músculo, articulações, ossos e nervos) comandados e coordenados pelo Sistema Nervoso.

Atividade Laborativa: qualquer atividade ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.

Auxílio: ajuda por meio de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina. É o conjunto das atividades de diagnóstico, tratamento, encaminhamento de um paciente e prevenção de agravos, além de atividades como perícia e direção de equipes médicas.

Cardiopatía Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatía Grave”.

Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Dados Antropométricos: conjunto de informações relativas às medidas do corpo humano e seus componentes internos e externos, através de técnicas utilizadas (medidas diretas e indiretas) para dimensionar o corpo humano ou suas partes.

Deambular: ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado clinicamente normal.

Disfunção imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes considerados estranhos pelo organismo, externos ou internos, causadores de doença ou distúrbios graves.

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

Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar de tratamento (doença crônica agudizada ou agudização de doença cronicada).

Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que evolui em curso de piora, com ou sem do tratamento.



Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade (sem horizonte terapêutico), sendo o Segurado considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente. Aquela para a qual o único tratamento institucionalizado é o paliativo para aliviar dores e desconfortos.

Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade, necessitando de laudos de exame Anátomopatológico para sua classificação definitiva.

Doença Profissional: aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.

Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

Etiologia: causa de cada doença ou mecanismo de estabelecimento de um quadro patológico.

Fatores de Risco e Morbidade: fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interagem podendo, inclusive, levar a óbito.

Hígido: saudável.

Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença. Expectativa de recuperação ou de sobrevida de um paciente, em função do diagnóstico e evolução da doença.

Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente e relatadas por um médico.

Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

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

Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

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



Transferência Corporal: capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.



CONDIÇÕES GERAIS

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

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir, de acordo com a(s) Cobertura(s) contratada(s) na Apólice, indicada(s) nas Propostas de Contratação e de Adesão, o pagamento do Capital Segurado ao próprio Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), em função da ocorrência de Evento Coberto, durante o período de Vigência da Apólice e mediante o pagamento do Prêmio correspondente, respeitado o disposto nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas disposições legais aplicáveis.

2. COBERTURAS

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

- a) Cobertura de Morte
- b) Cobertura de Morte Acidental
- c) Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
- d) Cobertura Autônoma de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença
- e) Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Antecipação da Cobertura de Morte
- f) Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge
- g) Cláusula Suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge
- h) Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Filhos
- i) Cláusula Suplementar de Inclusão Facultativa de Filhos
- j) Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas em razão de Acidente
- k) Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente
- l) Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença
- m) Cobertura de Invalidez por Doença Congênita do Filho
- n) Cobertura de Auxílio Funeral
- o) Cobertura de Cesta Básica
- p) Cobertura de Rescisão Trabalhista
- q) Cláusula de Distribuição de Excedente técnico

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

- a) a Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação da Cobertura de Morte deve ser contratada simultaneamente com a Cobertura de Morte;



b) a Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença.

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

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

3.1. As Coberturas contratadas serão aplicáveis em âmbito geográfico mundial.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos das coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência:

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

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

c) de doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, não declaradas na Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde, e que eram de conhecimento do Segurado no momento da contratação, inclusive as congênitas;

d) da morte do Segurado provocada por epidemia ou pandemia declarada pela autoridade competente;

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

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

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

h) direta ou indiretamente de ato terrorista, cabendo à OMINT Seguros comprovar com toda



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independentemente do seu propósito, desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;

i) da prática de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro;

i.1.) Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, tal exclusão se aplica aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes legais;

j) de acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em apostas ou rachas, exceto na prática de esportes e nos casos onde o mesmo tenha comunicado tal prática à OMINT Seguros e esta tenha expressamente aceitado o risco;

k) de acidentes ocorridos em que o Segurado, na condição de condutor do veículo ou equipamento que requeira aptidão, não possua habilitação legal para tanto.

5. GRUPO SEGURÁVEL

a) Segurados Titulares: aquelas pessoas que mantêm vínculo comprovado com o Estipulante;

b) Segurados Dependentes: os cônjuges/companheiros(as), filhos e enteados considerados dependentes do Segurado Titular pela Legislação do Imposto de Renda.

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

6. GRUPO SEGURADO

6.1. É o conjunto dos componentes do Grupo Segurável, desde que aceitos e incluídos na Apólice, cuja(s) cobertura(s) contratada(s) esteja(m) em vigor, observando-se as situações previstas nas **Cláusulas 10** (Inclusão de Segurados) e **11** (Condição para Aceitação Individual de Segurados) destas Condições Gerais.

7. ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

7.1. Recebida a Proposta de Contratação Empresarial assinada pelo Estipulante e/ou Corretor de seguros, após a aceitação do risco pela OMINT Seguros, será emitida a Apólice, com as respectivas Condições Gerais e Especiais, sendo que:



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

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

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

7.3. No caso de não aceitação da Proposta de Contratação, a OMINT Seguros deverá, no prazo de 15 (quinze) dias, comunicar por escrito ao Estipulante informando o(s) motivo(s) da recusa e:

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

7.4. O Estipulante tem como obrigação durante a vigência da Apólice:

- a) **fornecer para a OMINT Seguros todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas, incluindo dados cadastrais;**
- b) **manter a OMINT Seguros informada a respeito das informações dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como qualquer evento que possa no futuro acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;**



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

- c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitada, qualquer informação relativa ao Contrato de Seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no boleto, quando este for de responsabilidade do Segurado, no caso de seguros contributários;
- e) repassar os prêmios para a OMINT Seguros nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar o nome da Seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;
- h) comunicar de imediato à OMINT Seguros tão logo tome conhecimento a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar de imediato à SUSEP qualquer procedimento que considerar irregular quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer para a SUSEP qualquer informação solicitada dentro do prazo por ela especificado;
- l) informar o nome da Seguradora, bem como o percentual de participação das congêneres no risco no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do próprio Estipulante;
- m) pagar os prêmios vencidos nos seguros não contributários; e
- n) não incluir no grupo segurado pessoas que não possuem condição de ingresso na Apólice, sob pena de arcar com as consequências deste ato.

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

7.5.1. Qualquer alteração que implique em ônus, dever ou redução de direitos para os Segurados dependerá da anuência expressa de 75% (setenta e cinco por cento) do Grupo Segurado.

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

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



8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

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

8.2. O início de Vigência é contado a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data constante na Apólice de seguro emitida pela OMINT Seguros e seu término ocorre às 24 (vinte e quatro) horas do dia consignado como final do contrato, inclusive no Certificado e Endossos correspondentes.

8.3. A OMINT Seguros providenciará a emissão da Apólice ou do endosso no prazo de 15 (quinze) dias úteis, a partir da data da aceitação.

8.4. A Proposta de Contratação Empresarial recebida sem adiantamento de Prêmio terá o seu início de Vigência de Cobertura na data de aceitação da Proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice.

8.5. A Proposta de Contratação Empresarial recebida com adiantamento de valor para futuro pagamento do Prêmio, desde que aceita, terá seu início de Vigência na data em que a OMINT Seguros receber a proposta assinada pelo Proponente/Estipulante.

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

8.6.1. Caso haja na Renovação da Apólice, alteração que implique em ônus, deveres ou redução de direitos aos Segurados, a concretização da renovação dependerá da anuência prévia e expressa de pelo menos 75% (setenta e cinco por cento) do Grupo Segurado.

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

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

8.6.3.1. A Renovação automática a que se refere o **item 8.6.2** desta Cláusula não se aplicará quando a OMINT Seguros ou o Estipulante comunicarem desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias do final de Vigência da Apólice.

8.6.4. Caso a OMINT Seguros não tenha interesse em renovar a Apólice, deverá comunicar aos Segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de Vigência da Apólice.

8.6.5. A OMINT Seguros fornecerá ao Estipulante, seu representante e/ou corretor de seguros, protocolo que identifique a Proposta de renovação por ela recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.



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

8.7. Este seguro é por prazo determinado, tendo a **OMINT Seguros a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice, ou estabelecer novas condições de Renovação do seguro.**

9. ÍNDICE MÍNIMO DE ADEÇÃO

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

9.2. O índice mínimo de adesão para implantação e manutenção da Apólice será fixado em cada caso na Proposta de Contratação Empresarial e nas Condições Contratuais.

10. INCLUSÃO DE SEGURADOS

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

11. CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO INDIVIDUAL DE SEGURADOS

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

a) estejam em boas condições de saúde e em plena atividade profissional/laborativa, sendo que as Condições Contratuais poderão prever a possibilidade de ingresso de aposentados por tempo de serviço ou idade;

b) não estejam afastados do trabalho, independentemente do motivo; e

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

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



de outros seguros de pessoas com coberturas similares, bem como as demais informações previstas nestas Condições Gerais.

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

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

11.3. Recebida a Proposta de Adesão com todos os dados obrigatórios preenchidos e entregues, a mesma será integralmente aceita abrangendo todas as coberturas, caso a OMINT Seguros sobre ele não se manifeste formalmente, ao Proponente ou ao Estipulante, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.

11.4. O prazo de 15 (quinze) dias do **item 11.3** desta Cláusula será suspenso se a OMINT Seguros solicitar a apresentação de novos documentos ou informações complementares ou explicativas às contidas na Proposta de Adesão.

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

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

11.5.1. A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta poderá ser feita apenas uma vez.

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

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

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

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



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

seguro, tais como mudança de profissão, mudança de residência do Segurado para outro país, prática usual e permanente de esportes tidos como radicais ou de perigos evidentes, bem como o uso habitual de substâncias alcoólicas, tóxicas ou entorpecentes.

11.8.1. Em havendo o agravamento intencional do risco por parte do Segurado, ocorrerá perda de direito às coberturas previstas na Apólice, mesmo que decorrente de risco previsto, coberto e indenizável.

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

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

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

11.12. Para os Segurados, admitidos no início do seguro e posteriormente afastados para tratamento de saúde em decorrência de doença, deverá haver o recolhimento dos Prêmios normalmente à Seguradora.

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

12. INÍCIO DA VIGÊNCIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO

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

- a) os Certificados ou Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas neles indicadas;
- b) a Proposta de Adesão recebida sem adiantamento de prêmio terá o seu início de vigência de cobertura na data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice;
- c) a Proposta de Adesão recebida com adiantamento de prêmio terá seu início de vigência na data em que a OMINT Seguros receber a Proposta assinada pelo Proponente.



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

12.3. Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de Vigência da Apólice, se esta não for renovada.

13. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

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

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

13.1.2. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio, que, na forma da legislação vigente, é de 2 (dois) anos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou sua recondução depois de suspenso, bem como sobre as parcelas aumentadas dos capitais solicitados após o início de vigência individual.

14. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

14.1. É facultado **exclusivamente** ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s), mediante comunicação escrita à OMINT Seguros, ressalvadas as restrições legais.

14.2. Não sendo instituído Beneficiário pelo Segurado, incidirá o disposto no artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

14.3. É válida a instituição de companheiro(a) como Beneficiário(a) se, ao tempo do contrato, o Segurado era solteiro, separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato (artigo 793 do Código Civil Brasileiro).

14.4. A substituição do(s) Beneficiário(s) só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade e se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação.

14.5. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado, desde que recebida pela OMINT Seguros antes da ocorrência do sinistro.



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

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

14.7. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do Beneficiário(s), a indenização referente à Cobertura contratada será paga nos termos do Código Civil Brasileiro.

15. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

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

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

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

16. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL E DO PRÊMIO

16.1. O Capital Segurado e por consequência, o respectivo Prêmio, serão atualizados monetariamente a cada aniversário da Apólice para todos os Segurados do Grupo Segurado, com base na variação dos salários ou, ainda, com base na variação acumulada do índice indicado no **subitem 16.2** desta Cláusula destas Condições Gerais, durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao da atualização anual, de acordo com o determinado nas Condições Contratuais e na Apólice.

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

16.2.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo - IPC/FIPE ou qualquer outro índice que vier a substituí-lo.

17. CUSTEIO DO SEGURO

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



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

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

18. CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO E REENQUADRAMENTO

18.1. As taxas do Prêmio de seguro serão estabelecidas por faixas etárias ou por idades.

18.1.1. As faixas etárias, bem como suas respectivas taxas de Prêmio, serão definidas e indicadas na Apólice e Proposta de Contratação.

18.2. Este seguro prevê, além do aumento produzido pela atualização monetária, o reenquadramento do Prêmio por mudança de faixa etária ou idade de cada Segurado componente do Grupo Segurado.

18.2.1. Em função das Coberturas contratadas e dos intervalos entre as faixas etárias, a OMINT Seguros fará constar da Apólice o percentual total de aumento a ser aplicado ao prêmio devido à mudança de faixa etária a cada período futuro de Vigência.

18.3. O novo Prêmio individual devido à mudança de faixa etária será cobrado no mês posterior ao aniversário do Segurado ou ao aniversário da Apólice, conforme indicado na Proposta de Contratação e Condições Contratuais.

19. PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO

19.1. O Prêmio mensal individual será o produto da taxa definida para cada faixa etária ou idade de cada Segurado, estabelecida nas Condições Contratuais.

19.2. A OMINT Seguros poderá, anualmente, no aniversário da Apólice ou com a periodicidade definida nas Condições Gerais, recalculas as taxas e alterar o faturamento dos Prêmios mensais se a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, ou seja, o volume de sinistros pagos e avisados superar o de prêmios líquidos arrecadados, observada a cláusula 19.3.

19.3. Caso a alteração de taxas prevista nos itens anteriores implique em ônus ou dever aos Segurados ou em redução de seus direitos, será necessária a anuência prévia e expressa de pelo menos 75% (setenta e



cinco por cento) do Grupo Segurado, exceto quando da aplicação dos índices de atualização monetária e reenquadramento previstos nas Condições Gerais e Especiais.

19.4. O aumento nas taxas finais deverá ser realizado por Endosso ou Aditivo ao contrato com concordância expressa e escrita do Estipulante.

20. PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

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

20.1.1. A OMINT Seguros encaminhará o documento a que se refere o **subitem 20.1** desta Cláusula diretamente ao Estipulante ou seu representante legal ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes ao Corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

20.2. O Estipulante poderá optar pelo pagamento dos Prêmios de forma mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual e cada pagamento será correspondente a um determinado período de cobertura.

20.2.1. O pagamento realizado na forma acima não caracteriza fracionamento do Prêmio.

20.2.2. Caso o Estipulante opte pelo pagamento dos Prêmios de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de cobertura. Na hipótese de rescisão do presente contrato, em que os prêmios sejam pagos na forma mensal, nenhuma devolução de Prêmio será devida.

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

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



20.2.5. Na hipótese de pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, o Capital Seguro pagável por cada uma das Coberturas contratadas será atualizado pelo índice previsto no subitem 16.2 até a data de ocorrência do evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

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

20.4. O pagamento do Prêmio será feito à Seguradora por meio da rede bancária, débito em conta corrente ou outras formas admitidas em lei, acordadas previamente entre o Estipulante e a OMINT Seguros na Proposta de Contratação.

20.4.1. Quando o pagamento for efetuado por meio da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o **subitem 20.1** da Cláusula 20 destas Condições Gerais, deverá constar do documento de cobrança, se for o caso, a indicação de que o Prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

20.7.1. Sem prejuízo do item 20.8 desta Cláusula, incidirá(ão) ainda sobre o(s) Prêmio(s) de seguro referente(s) ao período em atraso juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano, calculados pró-rata-die.

20.8. A OMINT Seguros providenciará aviso, mediante comunicação escrita, alertando acerca da inadimplência, no prazo máximo de 10 (dez) dias contados da data de vencimento da primeira parcela não paga.

20.9. A falta de pagamento do Prêmio, por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implicará no cancelamento automático do seguro.

20.10. Decorridos 60 (sessenta) dias contados da data de vencimento, sem que o Prêmio tenha sido quitado, a Apólice e/ou o risco individual ficarão automaticamente e de pleno direito rescindidas, a partir do 61º (sexagésimo primeiro) dia de vencimento da fatura em atraso, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba qualquer restituição de prêmio anterior, ficando o Estipulante obrigado ao pagamento dos prêmios vencidos relativos ao Período de Cobertura.

20.10.1. Durante os 60 (sessenta) dias mencionados no item 20.10 desta Cláusula, as Coberturas previstas na Apólice não ficarão suspensas.

20.11. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de Prêmios pagos pelo Segurado ou Estipulante.

21. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

21.1. O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão), diante da ocorrência de sinistro, proceder à comunicação imediata, por meio do Aviso de Sinistro, telegrama ou carta registrada dirigida à OMINT Seguros, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas.

21.1.1. A comunicação feita por carta registrada ou telegrama não exonera a obrigação da apresentação do formulário de Aviso de Sinistro original à OMINT Seguros, também de forma imediata à ocorrência do sinistro.

21.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para finalização da regulação de sinistro e pagamento do Capital Segurado eventualmente devido, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação básica constante da **Cláusula 22** (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) e aqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.



21.3. Em caso de dúvida fundada e justificável, a OMINT Seguros poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 22 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 21.2 desta Cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente ao recebimento pela OMINT Seguros dos documentos e informações complementares.

21.3.1. Não respeitado o prazo previsto no subitem 21.2 desta Cláusula os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos subitens 21.3.2 e 21.3.3 desta Cláusula, independentemente de notificação ou interpelação judicial.

21.3.2. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de ocorrência do sinistro e aquele publicado antes da data de sua efetiva liquidação.

21.3.3. A título de juros de mora, será utilizado o percentual de 6% (seis por cento) ao ano, calculado *pro rata die* a partir do dia seguinte ao término do prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 21.2 até a data do efetivo pagamento.

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

21.5. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do Segurado e/ou Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela OMINT Seguros.

21.6. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido na Apólice, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

22. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Para liquidação de sinistro, necessário o envio pelo Segurado ou Beneficiário(s) à OMINT Seguros dos documentos básicos abaixo indicados, além daqueles previstos nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

22.1. Para qualquer sinistro

22.1.1. Formulário

a) Formulário de Aviso de sinistro, disponibilizado pela OMINT Seguros e devidamente preenchido em todos os seus campos.

22.1.2. Documentos do Segurado

Outubro de 2015

SUSEP nº 15414.900594/2015-51

30



www.omint.com.br/seguros

Central de Atendimento 0800 726 4115 - Ouvidoria 0800 726 4116

Omint Seguros S.A - CNPJ: 20.646.890/0001-10 - Código SUSEP: 02542 - Rua Franz Schubert, 33, Jardim Paulistano, São Paulo, SP - CEP: 01454-020

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



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

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

b) Cópia da Carteira de trabalho, se houver.

22.1.3. Documentos do(s) Beneficiário(s)

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

b) Cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário(s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe;

c) Cópia do Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es);

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

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

22.3. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

23. JUNTA MÉDICA

23.1. No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas à existência de Cobertura securitária, especialmente sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente na Apólice, será proposta pela OMINT Seguros, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela OMINT Seguros, outro pelo Segurado e um terceiro desempatador, escolhido em conjunto pelos dois nomeados.

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

23.2. Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos rateados de forma igualitária entre o Segurado e a OMINT Seguros.

24. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

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

24.1.1 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a OMINT Seguros poderá:

a) na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

- cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

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

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

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

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



24.2.1. A OMINT Seguros também não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), seu representante ou Corretor de seguros:

- a) inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas nestas condições;
- b) prática de dolo, fraude ou sua tentativa, simulação para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado ou Beneficiário tentar obter vantagem indevida com o sinistro;
- b.1.) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima se aplica aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes legais;
- c) agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.

25. CANCELAMENTO DO SEGURO

25.1. O seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 75% (setenta e cinco por cento) do Grupo Segurado.

25.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará rescindido independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização a qualquer parte, preservados os direitos do Segurado, nas seguintes situações:

- a) por falta de pagamento de parcela do prêmio, após o prazo disposto no item 20.10 da Cláusula 20 destas Condições Gerais;
- b) automaticamente, com a morte do Segurado ou com o pagamento da cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação da Cobertura de Morte;
- c) mediante solicitação pelo Estipulante/Segurado à OMINT Seguros;
- d) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais ou das Condições Especiais;
- e) se houver dolo, culpa grave, prática de fraude, consumada ou tentada, por parte do Estipulante, Segurado ou do(s) Beneficiário(s), no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- f) quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio, no caso de seguro contributivo, observado o item 20.10 da Cláusula 20 destas Condições Gerais
- g) com a cessação do vínculo concreto entre o Segurado Titular e o Estipulante; e



h) com a caracterização de invalidez permanente e total de um ou mais membros do Segurado, que determine o pagamento integral do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

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

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

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

26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

26.1. A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou corretor somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da OMINT Seguros, respeitadas as condições Gerais e Especiais da Apólice e as normas do seguro.

27. PRESCRIÇÃO

27.1. Qualquer pretensão do Segurado, com fundamento na presente Apólice, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

28. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

28.4. Este seguro é por prazo determinado tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da Apólice.

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



29. FORO CONTRATUAL

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

OMINT SEGUROS S.A.



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
COBERTURA DE MORTE****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura garante, **desde que contratada**, ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado, em caso de morte do Segurado, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice e no Certificado de seguro, vigente na data do evento.

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

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será pago ao(s) Beneficiário(s) indicado pelo Segurado ou, na falta de indicação, aos herdeiros legais, conforme indicado pela Cláusula 16 das Condições Gerais.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 21** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 22** (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

5.2. Em caso de morte natural, necessários também os seguintes documentos do Segurado, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

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



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

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

5.3. Em caso de ocorrência de morte em razão de acidente, além dos documentos citados no item 5.2 acima, também serão necessários os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

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

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

6.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura garante, **desde que contratada**, ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado, em caso de morte do Segurado causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a Vigência deste seguro, sem prejuízo do pagamento do capital segurado relativo à Cobertura Morte, desde que contratada, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e destas Condições Especiais.

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice, estão expressamente excluídos desta cobertura os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:

a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

b) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito e;

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data do Acidente Pessoal.



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

5. BENEFICIÁRIO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será pago ao(s) Beneficiário(s) indicado pelo Segurado ou, na falta de indicação, aos herdeiros legais, conforme indicado pela Cláusula 16 das Condições Gerais e disciplinado pelo artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 21** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 22** (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

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

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

7.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, proporcional ao valor do capital segurado contratado, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

2. CONCEITOS**2.1. Acidente Pessoal**

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

2.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

2.2.1. Para fins desta Cobertura, entende-se como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, constantes da Tabela contida no **item 2.2.15** desta Cláusula, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto.

2.2.2. Se forem contratadas conjuntamente as coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, referidas coberturas não se acumulam.

2.2.3. Se, depois de paga uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pela cobertura de Morte acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

2.2.4. No caso de invalidez parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

2.2.5. Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de invalidez permanente total ou parcial por acidente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, de acordo com a invalidez sofrida e os percentuais previamente definidos na "TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE", constante no **subitem 2.2.15** desta Cláusula.



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

2.2.6. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela multiplicação entre o percentual previsto na referida Tabela (subitem 2.2.15) para sua perda total e o percentual correspondente ao grau de redução funcional apresentado pelo Segurado.

2.2.7. Na falta de indicação do percentual de redução do órgão ou membro do Segurado por conta do acidente sofrido e, sendo informado apenas o grau de redução máximo, médio e mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

2.2.8. Nos casos não especificados na Tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão, considerando-se não tratar-se a presente cobertura de seguro de invalidez profissional.

2.2.9. Quando o mesmo acidente resultar em invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se os respectivos percentuais previstos na Tabela, sem que exceda 100% (cem por cento) do capital segurado contratado.

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

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

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

2.2.13. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.

2.2.14. Caso haja caracterização de invalidez permanente e total de um ou mais membros do Segurado, que determine o pagamento integral do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, o Segurado será excluído da Apólice.

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

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia Bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)	%
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES	%
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo.	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES	%
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1° (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1° (primeiro) dedo, equivalente ½ (metade), e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 (um terço) do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	
--	--

DIVERSAS	%
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
Em grau mínimo	10
Em grau médio	20
Em grau máximo	30
NARIZ	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	07
Unilateral com fistulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fistulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	15
- mais de 50% (cinquenta por cento)	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16
ARTICULAÇÕES (ANQUILOSES)	
Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25 (vinte e cinco), 50 (cinquenta) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MEMBROS	
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
Perda do braço	15
APARELHO URINÁRIO	
Perda de um rim	
Função renal preservada	15
Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50
Insuficiência renal	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática (sem indenização)	00
SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOME (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)	
Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial sem transtorno funcional	05
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapse	30
Incontinência fecal com prolapse	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	07

3. RISCOS EXCLUÍDOS**3.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da**

Outubro de 2015

SUSEP nº 15414.900594/2015-51

47

www.omint.com.br/seguros

Central de Atendimento 0800 726 4115 - Ouvidoria 0800 726 4116

Omint Seguros S.A - CNPJ: 20.646.890/0001-10 - Código SUSEP: 02542 - Rua Franz Schubert, 33, Jardim Paulistano, São Paulo, SP - CEP: 01454-020

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



Apólice, estão expressamente excluídos desta cobertura os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- b) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem, salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito e;
- c) os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros).

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data do acidente. O capital segurado devido dependerá da caracterização de invalidez total ou parcial e será calculado de acordo com o disposto no **subitem 2.2.6** e Tabela constante do **subitem 2.2.15**.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, a data do Acidente Pessoal sofrida pelo Segurado.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 21** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 22** (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- b) Radiografias do Segurado (quando houver);
- c) Guia de Internação Hospitalar (quando houver);
- d) Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- e) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- f) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho(CAT), nos casos de acidente de trabalho;



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

- g) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- h) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- i) Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1 Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

6.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
COBERTURA AUTÔNOMA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado em caso de caracterização de sua invalidez funcional permanente e total do Segurado, exclusivamente em consequência de doença que cause a perda da sua existência independente, conforme critérios específicos definidos nas **Cláusulas 2 e 6** destas Condições Especiais, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro.

2. CONCEITOS

2.1. Para que haja direito a esta Cobertura, é necessária a caracterização da perda da existência independente do Segurado exclusivamente em consequência de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado.

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

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



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

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

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

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

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

2.3. Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos, desde que atingida a pontuação necessária após avaliação por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) constante da **Cláusula 6** - Comprovação de Invalidez Funcional por Doença destas Condições Especiais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional; e**
- c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.**

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

3.3. A apresentação de documentos médicos pelo Segurado que indiquem a caracterização de incapacidade parcial e/ou de natureza profissional não implica a caracterização do sinistro, havendo necessidade de comprovação da perda da sua existência independente.



4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

4.2. O Capital Segurado desta cobertura está limitado a 100% do capital da Cobertura de Morte.

4.3. Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, indicada na declaração do médico assistente do Segurado.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, o Segurado deverá proceder conforme descrito na **Cláusula 21** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 22** (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Declaração Médica com informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e indicação da data **exata** do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no conceito de Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos **subitens 2.2 e 2.3** destas Condições Especiais e que justifique a inviabilidade de forma irreversível do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado;

b) Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;

c) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida;

d) A avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).

5.1.1. É facultado à OMINT Seguros, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.

5.1.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico sempre que a OMINT Seguros julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

5.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica, consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que



já tenha lhe prestado algum atendimento ou, ainda, estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos a qualquer tempo.

6. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ

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

6.2. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), seja atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

6.3. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por duas Tabelas.

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

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

ANEXO ÀS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF TABELA 1

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	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



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	20

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



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1° 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 AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2° 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
	3° 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

TABELA 2
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

6.4. As despesas desembolsadas pelo Segurado, objetivando demonstrar a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, são de responsabilidade deste, salvo aquelas realizadas diretamente pela OMINT Seguros com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

Outubro de 2015

SUSEP nº 15414.900594/2015-51

55


www.omint.com.br/seguros

Central de Atendimento 0800 726 4115 - Ouvidoria 0800 726 4116

Omint Seguros S.A - CNPJ: 20.646.890/0001-10 - Código SUSEP: 02542 - Rua Franz Schubert, 33, Jardim Paulistano, São Paulo, SP - CEP: 01454-020

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



6.5. As providências que a OMINT Seguros tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Sendo reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo médico da Seguradora, esta pagará o valor do Capital Segurado de uma só vez ao próprio Segurado.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. Com o pagamento do capital segurado por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, efetivamente comprovada, se extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura. Nessa hipótese, os Prêmios relativos à Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente.

8.2. A Cobertura de Morte, bem como as demais coberturas adicionais eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do capital segurado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, continuarão em vigor, sendo devido o pagamento do Prêmio correspondente.

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA
– ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao Segurado a antecipação do pagamento do Capital Segurado contratado para a cobertura de Morte, em caso de caracterização da invalidez funcional permanente e total do Segurado, exclusivamente em consequência de doença que cause a perda da sua existência independente, conforme critérios específicos definidos nas **Cláusulas 2 e 6** destas Condições Especiais, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais do Seguro e da legislação aplicável.

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

2. CONCEITOS

2.1. Para que haja direito a esta cobertura, é necessária a caracterização da perda da existência independente do Segurado exclusivamente em consequência de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado.

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

- a)** Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b)** Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
- c)** Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d)** Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

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

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

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

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

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

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

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

2.3. Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos, desde que atingida a pontuação necessária após avaliação por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) constante da **Cláusula 6 - Comprovação de Invalidez Funcional por Doença** destas Condições Especiais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

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



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

3.3. A apresentação de documentos médicos pelo Segurado que indiquem a caracterização de incapacidade parcial e/ou de natureza profissional não implica em caracterização do sinistro, havendo necessidade de comprovação da perda da sua existência independente.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

4.2. Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, indicada na declaração do médico assistente do Segurado.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, o Segurado deverá proceder conforme descrito na **Cláusula 21** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 22** (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Declaração Médica com informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e indicação da data **exata** do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos **subitens 2.2 e 2.3** destas Condições Especiais e que justifique a inviabilidade de Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado;

b) Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;

c) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida;

d) A avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).

5.1.1. É facultado à OMINT Seguros, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.

5.1.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico sempre que a OMINT Seguros julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.



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

6. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ

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

6.2. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), seja atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

6.3. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por duas Tabelas.

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

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

ANEXO ÀS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA 1

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



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

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

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

	<p>3° GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20
--	--	----

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

TABELA 2
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

6.4. As despesas desembolsadas pelo Segurado, objetivando demonstrar a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, são de responsabilidade deste, salvo aquelas realizadas diretamente pela OMINT Seguros, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

6.5. As providências que a OMINT Seguros tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Sendo reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo médico da Seguradora, esta pagará o valor do Capital Segurado de uma só vez ao próprio Segurado.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

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

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, tem como objetivo garantir a inclusão do Cônjuge do Segurado Titular na Apólice e o pagamento do Capital Segurado até o limite contratado, na ocorrência de evento coberto, de acordo com as garantias contratadas e observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais da Apólice, além da legislação aplicável.

1.2. Considera-se Cônjuge aquele legalmente reconhecido como tal, inclusive o(a) companheiro(a) do Segurado Titular, se, ao tempo do contrato, o Segurado era solteiro, divorciado, separado judicialmente ou de fato, observada a Legislação Brasileira a respeito.

1.3. **Estão automaticamente excluídos desta cláusula os cônjuges que façam parte do Grupo Segurado como Segurados Titulares.**

2. COBERTURAS

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

3. INCLUSÃO NA APÓLICE

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento, conforme definido nas Condições Gerais e Especiais de cada Cobertura.

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



5. BENEFICIÁRIOS

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

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

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 21** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritas na **Cláusula 23** (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura, **além da Certidão de Casamento, emitida após o evento coberto, no caso de cônjuge do Segurado, ou, sendo companheira(o), de comprovação junto ao órgão previdenciário de que a (o) companheira(a) é reconhecida(o) como Beneficiária(o).**

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

7.1. Esta cobertura cessará automaticamente quando ocorrer:

- a) o pedido de cancelamento por escrito pelo Segurado;
- b) o cancelamento do Seguro do Segurado titular;
- c) a morte do cônjuge dependente;
- d) a morte do Segurado Titular;
- e) a separação de fato, judicial ou divórcio do casal;
- f) a dissolução do vínculo entre o cônjuge e o Segurado Titular.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

8.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, tem como objetivo garantir a inclusão do Cônjuge do Segurado Principal na Apólice e o pagamento do capital segurado até o limite contratado, na ocorrência de evento coberto, de acordo com as garantias contratadas e observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais da Apólice, além da legislação aplicável.

1.2. Considera-se Cônjuge aquele legalmente reconhecido como tal, inclusive o(a) companheiro(a) do Segurado Principal, se ao tempo do contrato o Segurado era solteiro, divorciado, separado judicialmente ou de fato, observada a Legislação Brasileira a respeito.

1.3. Estão automaticamente excluídos desta cláusula os cônjuges que façam parte do Grupo de Segurados Principais.

2. COBERTURAS

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

3. INCLUSÃO NA APÓLICE

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento, conforme definido nas Condições Gerais e Especiais de cada Cobertura.



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

5. BENEFICIÁRIOS

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

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

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 21** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritas na **Cláusula 23** (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura, **além da Certidão de Casamento, emitida após o evento coberto, no caso de cônjuge do Segurado, ou, sendo companheira(o), de comprovação junto ao órgão previdenciário de que a (o) companheira(a) é reconhecida(o) como Beneficiária(o).**

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

7.1. Esta cobertura cessará automaticamente quando ocorrer:

- a) o pedido de cancelamento por escrito pelo Segurado;**
- b) o cancelamento do Seguro do Segurado titular;**
- c) a morte do cônjuge dependente;**
- d) a morte do Segurado Titular;**
- e) a separação de fato, judicial ou divórcio do casal;**
- f) a dissolução do vínculo entre o dependente e o Segurado titular.**

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à Outubro de 2015

SUSEP nº 15414.900594/2015-51

67



www.omint.com.br/seguros

Central de Atendimento 0800 726 4115 - Ouvidoria 0800 726 4116

Omint Seguros S.A - CNPJ: 20.646.890/0001-10 - Código SUSEP: 02542 - Rua Franz Schubert, 33, Jardim Paulistano, São Paulo, SP - CEP: 01454-020

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



cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

8.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, tem como objetivo garantir a inclusão do(s) filho(s) do Segurado Titular na Apólice e o pagamento do Capital Segurado até o limite contratado, na ocorrência de evento coberto, de acordo com as garantias contratadas e observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais da Apólice, além da legislação aplicável.

2. DEFINIÇÃO DE FILHOS

2.1. Para fins de inclusão nesta Cobertura, considera-se filho dependente do Segurado Titular aquele assim definido na legislação do Imposto de Renda, isto é, a filha, o filho, a enteada ou o enteado, até vinte e um anos, ou até vinte e quatro anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho.

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

3. COBERTURAS

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

3.2. Para menores de 14 anos, nos termos da legislação específica, é permitida exclusivamente a contratação da cobertura de Auxílio funeral na modalidade de reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação dos recibos originais, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se as seguintes condições:

- a) incluem-se entre as despesas com o funeral, as havidas com traslado e;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4. INCLUSÃO NA APÓLICE

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



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

4.3. Cada filho será incluído na Apólice apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam Segurados Titulares na Apólice, hipótese em que o filho será considerado dependente do cônjuge que possua maior Capital Segurado.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de seguro, vigente na data do evento.

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

6. BENEFICIÁRIO

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

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

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 21** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritas na **Cláusula 23** (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura, **além da apresentação da Certidão de Nascimento, no caso de filhos, ou, tratando-se de enteado, do Termo de Tutela ou de Curatela e, ainda, conforme o caso, a cópia da declaração de Imposto de Renda comprovando a dependência econômica.**

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Esta cobertura cessará automaticamente quando ocorrer:

- a) o pedido de cancelamento por escrito pelo Segurado;**
- b) o cancelamento do Seguro do Segurado titular;**
- c) a morte do filho dependente;**



d) a morte do Segurado Titular;

e) o atingimento da idade de 21 (vinte e um) anos pelo filho, quando não for incapaz física ou mentalmente para o trabalho.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE FILHOS****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, tem como objetivo garantir a inclusão do(s) filho(s) do Segurado Titular na Apólice e o pagamento do Capital Segurado até o limite contratado, na ocorrência de evento coberto, de acordo com as garantias contratadas e observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais da Apólice, além da legislação aplicável.

2. DEFINIÇÃO DE FILHOS

2.1. Para fins de inclusão nesta Cobertura, considera-se filho dependente do Segurado Titular aquele assim definido na legislação do Imposto de Renda, isto é, a filha, o filho, a enteada ou o enteado, até vinte e um anos, ou até vinte e quatro anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho.

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

3. COBERTURAS

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

3.2. Para menores de 14 anos, nos termos da legislação específica, é permitida exclusivamente a contratação da cobertura de Auxílio funeral na modalidade de reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação dos recibos originais, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se as seguintes condições:

- a) incluem-se entre as despesas com o funeral, as havidas com traslado e;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4. INCLUSÃO NA APÓLICE

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



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

4.3. Cada filho será incluído na Apólice apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam Segurados Titulares na Apólice, hipótese em que o filho será considerado dependente do cônjuge que possua maior capital segurado.

5. CAPITAL SEGURADO

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

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

6. BENEFICIÁRIO

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

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

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 21 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritas na **Cláusula 23** (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura, **além da apresentação da Certidão de Nascimento, no caso de filhos, ou, tratando-se de enteado, do Termo de Tutela ou de Curatela e, ainda, conforme o caso, a cópia da declaração de Imposto de Renda comprovando a dependência econômica.****

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Esta cobertura cessará automaticamente quando ocorrer:

- a) o pedido de cancelamento por escrito pelo Segurado;**
- b) o cancelamento do Seguro do Segurado titular;**
- c) a morte do filho dependente;**
- d) a morte do Segurado Titular;**



e) o atingimento da idade de 21 (vinte e um) anos pelo filho, quando não for incapaz física ou mentalmente para o trabalho.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)
DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

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

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

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

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice, estão expressamente excluídos desta cobertura os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) ato reconhecidamente perigoso, inclusive atividade física radical, que não seja motivado por necessidade justificada e da prática, pelo(s) Segurado(s), de atos ilícitos ou contrários à lei;
- b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- c) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam o competente atestado de navegabilidade em vigor; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas,



sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito e;

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

3.2. Este seguro também não garante:

a) estados de convalescença (após a alta médica) e de dietas especiais, bem como qualquer despesa com acompanhantes;

b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente pessoal;

c) despesas decorrentes de eventos não cobertos, previstos nas Condições Gerais deste seguro.

4. LIVRE ESCOLHA

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

5. COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

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

5.2. Devem ser anexadas também cópias autenticadas dos seguintes documentos:

a) Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;

b) RG, CPF e Certidão de Nascimento ou Casamento, emitida após o acidente pessoal;

c) Comprovante de Residência.

6. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

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



às coberturas de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Segurado.

7. INFORMAÇÕES DE APÓLICE

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

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

8.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



**CONDIÇÃO ESPECIAL DO SEGURO DE PESSOAS
COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

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

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

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

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

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

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

2. PERÍODO DE FRANQUIA

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

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



3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);
- Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- Entesopatia;
- Entorses, distensões, contusões;
- Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- Fraturas patológicas;
- Lesões intra-articulares de joelho;
- Lesões que não exijam atendimento médico;
- Luxação de ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);
- Síndromes compressivas nervosas;
- Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como de intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- Danos estéticos;
- Cirurgias plásticas, exceto as pós-acidentais restauradoras que sejam necessárias para restabelecimento do Segurado em decorrência de acidente coberto;
- Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- Doenças mentais ou psiquiátricas;
- Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
- Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- Lesões corporais, bem como suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual;
- Automutilações e lesões auto infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são, salvo hipótese de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial do contrato;
- Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;



- **Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;**
- **Eventos não decorrentes de acidente pessoal coberto.**

4. LIMITE DE DIÁRIAS

4.1. O limite máximo de diárias devidas será estabelecido na Apólice, conforme Condições Contratuais estabelecidas com o Estipulante/Segurado, observando-se o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, computado neste total o período de franquia, conforme subitem 2.1.

5. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE

5.1. O aviso do afastamento à OMINT Seguros deverá ser realizado pelo Segurado ou por seu representante legal, apresentando relatório médico original que indique detalhadamente o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento, podendo ainda a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar quaisquer outros documentos a fim de obter mais esclarecimentos sobre o evento, sendo que neste caso o prazo indicado no **item 21.2 da Cláusula 21 das Condições Gerais ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas todas as exigências.**

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

6. DATA DO EVENTO

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

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

7.1. Os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) Formulário de AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópias autenticadas dos documentos de identidade, CPF e comprovante de residência do segurado;
- c) Relatório médico comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- d) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

- e) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo conduzido pelo Segurado;
- f) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

8. PAGAMENTO DAS DIÁRIAS DE INCAPACIDADE

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

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

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

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

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

8.6. O segurado deve autorizar seu médico-assistente e as entidades de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidas no seu atendimento a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como concordar em submeter-se à realização de exame médico pericial a ser realizado por médico indicado pela Seguradora.

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

9. JUNTA MÉDICA

SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

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

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

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

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

10. CESSAÇÃO DA GARANTIA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE

10.1. A garantia de Diária de Incapacidade cessará:

a) com o cancelamento da Apólice;

b) com o cancelamento desta Cobertura Especial;

c) com a ocorrência da morte do Segurado ou sua invalidez total e permanente;

d) espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo Segurado ou;

e) quando esgotado o limite máximo de diárias contratado antes do final de vigência da Apólice, computado, para este fim, o período de franquia aplicável.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

11.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

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

2. RISCOS COBERTOS

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

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

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

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

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

- Doenças mentais, psiquiátricas, estresse e depressão, incluindo as internações em departamentos psiquiátricos de hospitais gerais ou prontos-socorros para tratamento destas doenças e/ou aquelas que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- Internações domiciliares (home-care);
- Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilo e casas de repouso;
- Internações para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica.
- Diálises e hemodiálises;
- Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como de intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- Cirurgias para correção de fimose, ligadura de trompas ou vasectomia, tratamentos para infertilidade ou inseminação artificial;
- Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, tratamentos rejuvenescedores, para obesidade ou emagrecimento, incluindo gastroplastia redutora;
- Cirurgias plásticas e despesas com compra de prótese, confecção de óculos e lentes de contato (salvo as cirurgias pós-acidentais restauradoras e as reparadoras de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas);
- A perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
- Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- Internações hospitalares realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
- Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- Lesões corporais, bem como suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual;
- Automutilações e lesões autoinfligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são, salvo hipótese de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial do contrato;
- Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;



- Eventos não decorrentes de risco coberto.

4. CARÊNCIA

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

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

5. FRANQUIA

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

6. LIMITE DE DIÁRIAS

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

7. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

8. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

8.1. Os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) Formulário de AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;



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

9. PAGAMENTO DAS DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO

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

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

9.3. De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve internado, a contar do primeiro dia após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite máximo de diárias, estabelecido na Apólice, após desconto do período de franquia aplicável.

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

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

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



do evento anterior. Não haverá cumulação de indenizações em consequência de eventos ocorridos em datas diferentes.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA

10.1. A garantia de Diária de Incapacidade cessará:

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

11.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA CONGÊNITA DO FILHO****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, garante o pagamento do Capital Segurado ao Segurado Titular, em caso da ocorrência de invalidez decorrente de doença congênita do filho(a), nascido durante a vigência da Apólice, cuja doença tenha sido diagnosticada durante a vigência do seguro, devidamente coberta pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído.

2. CONCEITO

2.1. Para fins desta Cobertura, entende-se por **Doença Congênita** aquelas adquiridas antes do nascimento e que necessitem de acompanhamento médico e tratamento especializado, diagnosticadas durante a Vigência do seguro, resultante de má formação do organismo, seja qual for sua causa.

2.2. Para fins desta Cobertura, entende-se por Invalidez por Doença Congênita de Filho aquela pela qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis para o filho do Segurado Titular e que cause a perda da existência independente e demande a permanente ajuda de terceiros.

2.3. Não se inclui no conceito de doença congênita de filho a má formação fetal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além das exclusões previstas na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, serão considerados riscos excluídos da cobertura adicional de Doenças Congênicas:

- a) eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período de gestação ou não reconhecidos efetivamente pelos órgãos de saúde;
- b) defeitos congênicos decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;
- c) decorrentes do mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde.
- d) de aborto e suas consequências;
- e) se quando da contratação do seguro a doença congênita do filho já for de conhecimento do segurado e este não informar, se questionado.

3.2. Também não será devido o pagamento da indenização em caso de natimortos.



4. GRUPO SEGURADO

4.1. O Grupo Segurado desta Cobertura é composto pelos filhos recém-nascidos do Segurado Titular que apresentarem doença congênita, devidamente comprovada por profissional regularmente habilitado. **Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, constatando-se a doença congênita em mais de um filho, não haverá cumulação do capital segurado, sendo devido apenas o pagamento do valor simples.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico efetuado por profissional devidamente habilitado.

6. CONDIÇÕES DE COBERTURA

6.1. O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência desta Cobertura, só será efetuado desde que o nascimento do filho e o diagnóstico da doença congênita, da qual decorra a invalidez, ocorram durante o período de Vigência da Apólice.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 21** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 22** (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos:

- a)** relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
- b)** exame anatomopatológicos que indiquem a doença congênita;
- c)** cópia autenticada da Certidão de Nascimento do filho;
- d)** radiografias do filho do Segurado (quando houver) e;
- e)** guia de internação hospitalar (quando houver).

7.2. Caso seja devida, a indenização será paga de uma única vez ao Segurado Titular.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Outubro de 2015

SUSEP nº 15414.900594/2015-51

89



www.omint.com.br/seguros

Central de Atendimento 0800 726 4115 - Ouvidoria 0800 726 4116

Omint Seguros S.A - CNPJ: 20.646.890/0001-10 - Código SUSEP: 02542 - Rua Franz Schubert, 33, Jardim Paulistano, São Paulo, SP - CEP: 01454-020

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



- 8.1.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 8.2.** As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
COBERTURA AUXÍLIO FUNERAL****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado, no caso da morte do Segurado, de acordo com os riscos cobertos e condições contratuais.

2. RISCO COBERTO

2.1. O risco coberto por esta garantia é a morte do Segurado, por causas naturais ou acidentais.

2.2. Para menores de 14 (quatorze) anos, nos termos da legislação específica, é permitida exclusivamente a contratação da cobertura de Auxílio-funeral na modalidade de reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação dos recibos originais, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se as seguintes condições:

- a) incluem-se entre as despesas com o funeral, as havidas com traslado e;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Os riscos excluídos nesta cláusula são os mesmos mencionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos), constante das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na Apólice e vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

5. CARÊNCIA

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

6. INDENIZAÇÃO

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

Outubro de 2015

SUSEP nº 15414.900594/2015-51

91

www.omint.com.br/seguros

Central de Atendimento 0800 726 4115 - Ouvidoria 0800 726 4116

Omint Seguros S.A - CNPJ: 20.646.890/0001-10 - Código SUSEP: 02542 - Rua Franz Schubert, 33, Jardim Paulistano, São Paulo, SP - CEP: 01454-020

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



6.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de são também devidos os Capitais Segurados previstos por outras coberturas indicadas na Apólice.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

7.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
COBERTURA DE CESTA BÁSICA****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento do Capital Segurado contratado em caso de Morte do Segurado Titular, na forma estabelecida na Apólice, de acordo com os riscos cobertos e condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. O risco coberto por esta garantia é a morte do Segurado Principal, por causas naturais ou acidentais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Os riscos excluídos nesta cláusula são os mesmos mencionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos), constante das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na Apólice e vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

5. CARÊNCIA

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

6. BENEFICIÁRIO

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

7. FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. O pagamento do Capital Segurado será feito em dinheiro, mediante pagamento de um determinado número de parcelas, ou mediante o fornecimento de Vale Alimentação disponibilizado em cartão magnético fornecido por empresa terceirizada e especializada, desde que expressamente solicitado pelo Segurado ou Beneficiário(s).

7.2. Na hipótese de fornecimento de Vale Alimentação em cartão magnético, deverão ser observadas as seguintes condições:

- a) A Seguradora somente providenciará a entrega do Vale Alimentação após apurada a cobertura técnica desta Cláusula, respeitados os prazos para liquidação de sinistro conforme estabelecido nas Condições Gerais.
- b) O Vale Alimentação será entregue mediante assinatura de contra recibo por parte do Beneficiário legitimado.
- c) O valor total do Vale Alimentação será idêntico ao valor do capital segurado devido e será dividido em 6 parcelas mensais e de igual valor, creditado mensalmente no cartão magnético para uso do Beneficiário nos estabelecimentos credenciados da operadora, conforme orientações transmitidas ao Beneficiário quando da liquidação do sinistro.
- d) O Vale Alimentação somente será entregue e válido no Brasil.
- e) A ocorrência de catástrofes, tais como enchentes, greves, ou de outros fatores súbitos e involuntários poderão eventualmente interferir no prazo de entrega do Vale Alimentação.
- f) **O prazo de validade do cartão magnético do Vale Alimentação será especificado na Apólice.**

7.3. A prestação dos serviços não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de que serão também devidos os capitais de outras coberturas indicadas na Apólice.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

8.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao Estipulante, até o limite do Capital Segurado contratado, de acordo com os riscos cobertos e condições contratuais.

2. GARANTIA AO ESTIPULANTE

2.1. Esta Cobertura garantirá ao Estipulante o recebimento de indenização em caso de morte do Segurado Titular que possua vínculo empregatício com o Estipulante, de acordo com a definição constante da Cláusula 7.2 das Condições Gerais, no valor correspondente às verbas devidas em razão da Rescisão Trabalhista por morte do empregado, limitado ao valor do Capital Segurado contratado.

2.2. Para fins desta cláusula, **considera-se Rescisão Trabalhista a extinção do Contrato de Trabalho, exclusivamente pela morte do Segurado Titular que mantenha vínculo empregatício com o Estipulante.**

2.3. O legítimo interesse do Estipulante em figurar como Beneficiário desta cobertura caracteriza-se pelos gastos imediatos e inesperados, consequentes da rescisão trabalhista, intrínsecos à relação de vínculo empregatício.

2.4. Esta Cobertura somente poderá ser contratada nos seguintes casos:

a) para seguros não contributários, isto é, nos seguros em que o Estipulante é responsável pelo pagamento integral do Prêmio;

b) quando o vínculo do Segurado Titular com o Estipulante for exclusivamente empregatício, ou seja, para segurados que possuam registro em carteira profissional feito pelo Estipulante antes do sinistro. O registro anterior ao sinistro deve ser comprovado pela Declaração do CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados) do mês imediatamente anterior.

3. RISCO COBERTO

3.1. O risco coberto por esta garantia é a morte do Segurado, por causas naturais ou acidentais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Os riscos excluídos nesta cláusula são os mesmos mencionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos), constante das Condições Gerais.



5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na Apólice e vigente na data do evento, podendo corresponder a um valor fixo ou percentual do capital segurado para a Cobertura de Morte.

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

6. CARÊNCIA

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

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.2. Os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora;
- b) Certidão de Óbito do Segurado;
- c) CNPJ, Contrato Social e comprovante de endereço do Estipulante;
- d) CPF, Carteira de Identidade e comprovante de residência do Segurado;
- e) Carteira de Trabalho e/ou Contrato de Trabalho do Segurado;
- f) Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
- g) Ocorrência Policial (no caso de morte acidental).

8. BENEFICIÁRIO

8.1. Em razão do objetivo da presente cobertura, o Beneficiário será sempre e unicamente o Estipulante.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Pela presente Cláusula, desde que contratada, fica entendido e acordado que serão distribuídos os excedentes técnicos desta Apólice, conforme as condições seguintes:

1.2. Considera-se como Excedente Técnico a diferença positiva entre as receitas e despesas, apurada de acordo com os critérios estabelecidos no **item 3** abaixo.

1.3. O percentual de distribuição do Excedente Técnico será estabelecido no Contrato.

1.4. O termo IBNR referido nesta cláusula (**item 3**) refere-se à provisão técnica de constituição obrigatória para as Seguradoras, com a finalidade de garantir o pagamento dos sinistros ocorridos e ainda não avisados.

2. PERÍODO E PRAZO DE APURAÇÃO

2.1. O Excedente Técnico será apurado a cada período de 12 (doze) meses de Vigência do seguro.

2.2. A apuração e distribuição do Excedente Técnico serão realizadas até 60 (sessenta) dias após o pagamento da última fatura correspondente ao término do período indicado no subitem anterior.

3. CRITÉRIOS DA APURAÇÃO**3.1. Consideram-se como RECEITA:**

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

3.2. Consideram-se como DESPESAS:

- a) comissões de corretagem, comissões de administração/pró-labore e agenciamentos pagas durante o período;
- b) valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época, inclusive despesas de sinistro, avisados ou pagos até a data de apuração do excedente e ainda não considerados em períodos anteriores, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- c) saldos negativos de excedentes técnicos apurados em períodos anteriores, ainda não compensados;
- d) impostos diretos sobre a emissão, PIS e COFINS, apurados de acordo com a legislação vigente. Outros impostos, incidentes sobre a emissão, que vierem a ser criados e estejam vigentes no período, serão incluídos na apuração;



SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - FAIXA ETÁRIA

- e) despesas de administração da Seguradora, conforme indicado no Contrato;
- f) percentual sobre o total dos sinistros computados na apuração, a título de IBNR, para suportar os sinistros ocorridos e ainda não avisados à Seguradora, conforme definido no Contrato.

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

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

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

4. CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO

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

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

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

4.4. Em substituição aos **itens 4.1 e 4.2**, o Excedente Técnico poderá ainda ser revertido em quitação

Processo SUSEP nº 15414.900594/2015-51

