

## Prezado Segurado,

Seja bem-vindo à **Gente Seguradora!**

Você acaba de adquirir um produto desenvolvido especialmente para atender às suas necessidades, além de proporcionar tranquilidade e segurança em situações imprevistas.

Estamos muito satisfeitos em tê-lo como Cliente.

Nós da **Gente Seguradora** estamos sempre buscando métodos de trabalho que conduza à qualidade dos produtos e serviços prestados, valorizando sobremaneira a proteção de nossos Segurados.

Estas Condições Gerais contêm todas as informações necessárias sobre o seu seguro. Leia o material atentamente e confira em sua apólice as coberturas contratadas e benefícios.

No site [www.genteseguradora.com.br](http://www.genteseguradora.com.br) você encontrará todas as informações sobre a **Gente Seguradora** e também sobre o produto adquirido, contando com um amplo canal de atendimento. Além disso, em caso de dúvida, você também pode procurar o seu Corretor de Seguros.

Obrigado por ter escolhido nosso produto. A **Gente Seguradora** agradece a sua confiança e credibilidade.

**GENTE SEGURADORA S/A**

Matriz: Rua Mal. Floriano Peixoto, 450 – Centro - Porto Alegre/RS – CEP 90020-060 Fone/Fax

(51) 3027-8888 – Ouvidoria: 0800 607 0888

CNPJ n.º 90.180.605/0001-02

E-mail: [genteseguradora@genteseguradora.com.br](mailto:genteseguradora@genteseguradora.com.br)

[www.genteseguradora.com.br](http://www.genteseguradora.com.br)

---

# **PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO**

## **CONDIÇÕES ESPECIAIS**

---

## Sumário

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE - MO.....	9
1. Objetivo do Seguro .....	9
2. Definições .....	9
3. Garantia .....	9
4. Riscos Excluídos.....	9
5. Âmbito Geográfico .....	9
6. Início e Término de Vigência .....	9
7. Prêmio .....	10
8. Franquias e Carências .....	10
9. Regulação e Liquidação de Sinistros .....	10
10. Disposições Gerais.....	11
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE - AFMO.....	12
1. Objetivo.....	12
2. Definições .....	12
3. Garantia .....	12
4. Riscos excluídos .....	12
5. Beneficiário .....	12
6. Capital segurado.....	13
7. Franquias e carências.....	13
8. Documentos em caso de sinistro .....	13
9. Disposições gerais .....	13
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO EM CASO DE MORTE - AAMO.....	14
1. Objetivo.....	14
2. Definições .....	14
3. Garantia .....	14
4. Riscos excluídos .....	14
5. Beneficiário .....	14
6. Capital segurado.....	14
7. Franquias e carências.....	15
8. Documentos em caso de sinistro .....	15
9. Disposições gerais .....	15
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA .....	16
1. Objetivo.....	16
2. Definições .....	16
3. Garantia .....	16
4. Riscos excluídos .....	16

5. Beneficiário .....	16
6. Capital segurado .....	17
7. Franquias e carências .....	17
8. Documentos em caso de sinistro .....	17
9. Disposições gerais .....	17
<b>CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE ACIDENTAL – AFMA.....</b>	<b>18</b>
1. Objetivo.....	18
2. Definições .....	18
3. Garantia .....	18
4. Riscos excluídos .....	18
5. Beneficiário .....	18
6. Capital segurado .....	19
7. Franquias e carências.....	19
8. Documentos em caso de sinistro .....	19
9. Disposições gerais .....	19
<b>CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO EM CASO DE MORTE ACIDENTAL – AAMA.....</b>	<b>20</b>
1. Objetivo.....	20
2. Definições .....	20
3. Garantia .....	20
4. Riscos excluídos .....	20
5. Beneficiário .....	20
6. Capital segurado .....	21
7. Franquias e carências.....	21
8. Documentos em caso de sinistro .....	21
9. Disposições gerais .....	21
<b>CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPTPA .....</b>	<b>22</b>
1. Objetivo do seguro .....	22
2. Definições .....	22
3. Garantia .....	22
4. Riscos excluídos .....	22
5. Reintegração.....	23
6. Beneficiário .....	23
7. Franquias e carências.....	23
8. Acumulação de indenização .....	23
9. Comprovação da invalidez .....	23
10. Âmbito geográfico.....	24
11. Início e término de vigência .....	24
12. Prêmio.....	25

13.	Regulação e liquidação de sinistros .....	25
14.	Disposições gerais .....	25
<b>CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE</b>		
<b>TOTAL POR DOENÇA – IFPTD .....</b>		<b>31</b>
1.	Objetivo do seguro .....	31
2.	Definições .....	31
3.	Garantia .....	32
4.	Riscos cobertos .....	33
5.	Riscos excluídos .....	34
6.	Franquias e carências .....	34
7.	Beneficiário .....	34
8.	Comprovação da Invalidez .....	34
9.	Âmbito Geográfico .....	35
10.	Início e Término de Vigência .....	35
11.	Prêmio .....	35
12.	Regulação e Liquidação de Sinistros .....	35
13.	Despesas de Comprovação .....	36
14.	Data do Evento .....	36
15.	Não reconhecimento da IFPTD .....	37
16.	Perícia Médica .....	37
17.	Disposições Gerais .....	37
<b>CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE</b>		
<b>TEMPORÁRIA – DIT .....</b>		<b>39</b>
1.	Objetivo .....	39
2.	Definições .....	39
3.	Garantia .....	39
4.	Riscos excluídos .....	40
5.	Beneficiário .....	40
6.	Capital segurado .....	40
7.	Franquias e carências .....	40
8.	Documentos em caso de sinistro .....	41
9.	Disposições gerais .....	41
<b>CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E</b>		
<b>ODONTOLÓGICAS – DMHO .....</b>		<b>42</b>
1.	Objetivo .....	42
2.	Definições .....	42
3.	Garantia .....	42
4.	Riscos excluídos .....	42
5.	Beneficiário .....	42
6.	Capital segurado .....	42
7.	Franquias e carências .....	42

8. Documentos em caso de sinistro .....	43
9. Disposições gerais .....	43
<b>CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR – DIH .....</b>	<b>44</b>
1. Objetivo.....	44
2. Definições .....	44
3. Garantia .....	44
4. Riscos excluídos .....	44
5. Beneficiário .....	45
6. Capital segurado .....	45
7. Franquias e carências.....	45
8. Documentos em caso de sinistro .....	46
9. Disposições gerais .....	46
<b>CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES – DG.....</b>	<b>47</b>
1. Objetivo.....	47
2. Definições .....	47
3. Garantia .....	48
4. Riscos excluídos .....	48
5. Beneficiário .....	48
6. Capital segurado .....	48
7. Franquias e carências.....	48
8. Documentos em caso de sinistro .....	49
9. Disposições gerais .....	49
<b>CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – DC.....</b>	<b>50</b>
1. Objetivo.....	50
2. Definições .....	50
3. Garantia .....	50
4. Riscos excluídos .....	50
5. Beneficiário .....	50
6. Capital segurado .....	50
7. Franquias e carências.....	51
8. Documentos em caso de sinistro .....	51
9. Disposições gerais .....	51
<b>CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS – DCFI .....</b>	<b>52</b>
1. Objetivo.....	52
2. Definições .....	52
3. Garantia .....	52
4. Riscos excluídos .....	52
5. Beneficiário .....	52
6. Capital segurado .....	52

7. Franquias e carências.....	53
8. Documentos em caso de sinistro .....	53
9. Disposições gerais.....	53
<b>CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE – DIHA .....</b>	<b>54</b>
1. Objetivo.....	54
2. Definições.....	54
3. Garantia.....	54
4. Riscos excluídos.....	54
5. Beneficiário.....	55
6. Capital segurado.....	55
7. Franquias e carências.....	55
8. Documentos em caso de sinistro .....	56
9. Disposições gerais.....	56
<b>CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - DITA .....</b>	<b>57</b>
1. Objetivo.....	57
2. Definições.....	57
3. Garantia.....	57
4. Riscos excluídos.....	57
5. Beneficiário.....	58
6. Capital segurado.....	58
7. Franquias e carências.....	58
8. Documentos em caso de sinistro .....	58
9. Disposições gerais.....	59
<b>CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS EM CASO DE MORTE - DEM.....</b>	<b>59</b>
1. Objetivo.....	59
2. Definições.....	59
3. Garantia.....	59
4. Riscos excluídos.....	59
5. Beneficiário.....	59
6. Capital segurado.....	60
7. Franquias e carências.....	60
8. Documentos em caso de sinistro .....	60
9. Disposições gerais.....	60
<b>CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS EM CASO DE MORTE ACIDENTAL - DEMA .....</b>	<b>61</b>
1. Objetivo.....	61
2. Definições.....	61
3. Garantia.....	61
4. Riscos excluídos.....	61

5. Beneficiário .....	61
6. Capital segurado .....	62
7. Franquias e carências .....	62
8. Documentos em caso de sinistro .....	62
9. Disposições gerais .....	62
CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS – VR .....	63
1. Objetivo do Seguro .....	63
2. Definições .....	63
3. Garantia .....	63
4. Riscos Excluídos .....	63
5. Âmbito Geográfico .....	63
6. Início e Término de Vigência .....	63
7. Prêmio .....	64
8. Franquias e Carências .....	64
9. Regulação e Liquidação de Sinistros .....	64
10. Disposições Gerais .....	65
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL EM DECORRÊNCIA DE DOENÇA PROFISSIONAL – IPTDP .....	65
1. Objetivo do Seguro .....	65
2. Definições .....	65
3. Riscos Excluídos .....	65
4. Capital Segurado .....	66
5. Âmbito Geográfico .....	66
6. Início e Término de Vigência .....	66
7. Prêmio .....	66
8. Franquias e Carências .....	67
9. Regulação e Liquidação de Sinistros .....	67
10. Disposições Gerais .....	67

## **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE - MO**

### **1. Objetivo do Seguro**

1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura básica de Morte.

### **2. Definições**

2.1. Serão utilizadas para esta cobertura as definições do item 2- Definições descritas nas Condições Gerais

### **3. Garantia**

3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.

3.2. Esta cobertura para segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

3.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data da ocorrência do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovado mediante Certidão de Óbito.

### **4. Riscos Excluídos**

4.1. Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4 - Riscos Excluídos descritos nas Condições Gerais.

### **5. Âmbito Geográfico**

5.1. Este Seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

### **6. Início e Término de Vigência**

6.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.

6.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:

- a. simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula;
- b. a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
- c. com a morte ou invalidez permanente total do Segurado (por acidente ou por doença).

## **7. Prêmio**

7.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

## **8. Franquias e Carências**

8.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

8.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.

8.3. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

8.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

8.5. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

## **9. Regulação e Liquidação de Sinistros**

9.1. Para o recebimento do Capital Segurado ou da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

9.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

9.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

9.4. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a. Aviso de Sinistro;
- b. Certidão de Óbito;
- c. Documentos pessoais do segurado: R.G ou RNE, CPF, comprovante de residência e telefone;
- d. Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
- e. Declaração do Médico Assistente, indicando causa morte, com firma reconhecida;
- f. Ficha de Registro de Emprego Atualizada e comprovante de pagamento de salário dos últimos 3 meses (se seguro com vínculo empregatício);
- g. Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (em caso de acidente);
- h. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);
- i. Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho, cópia do Termo Circunstanciado ou do Boletim de Ocorrência Policial (em caso de acidente);

9.5. Documentos dos beneficiários

9.5.1. Segurado solteiro, sem união estável, sem filhos:

- a. Documentos pessoais dos pais do segurado: R.G , CPF, comprovante de residência e telefone;
- b. Declaração de únicos herdeiros com firma reconhecida; e
- c. Autorização de crédito em conta corrente do beneficiário;

9.5.2. Segurado solteiro, sem união estável, com filhos

- a. Documentos pessoais dos filhos do segurado: R.G , CPF, comprovante de residência e telefone;
- b. Documentos pessoais do responsável pelo(s) filhos do segurado: R.G , CPF,

comprovante de residência e telefone, em caso o(s) filho(s) menores; e

c. Declaração de únicos herdeiros com firma reconhecida;

9.5.3. Segurado casado ou com união estável, sem filhos

a. Provas de união estável (caso não seja efetivamente casado) - Pensão por morte do INSS, anotação na CTPS, comprovante de residência em comum, etc.

b. Declaração pública de união estável;

c. Documentos pessoais do cônjuge/companheiro (a) do segurado: R.G , CPF, comprovante de residência e telefone;

d. Declaração de únicos herdeiros com firma reconhecida

e. Autorização de crédito em conta corrente dos beneficiários

9.5.4. Segurado casado ou com união estável, com filhos

a. Certidão de casamento atualizada (se casado)

b. Provas de união estável (caso não seja efetivamente casado) - Pensão por morte do INSS, anotação na CTPS, comprovante de residência em comum, etc.

c. Declaração pública de união estável;

d. Documentos pessoais do cônjuge/companheiro (a) do segurado: R.G , CPF, comprovante de residência e telefone;

e. Documentos pessoais do(a) filho(s) do segurado: R.G , CPF, comprovante de residência e telefone;

f. Declaração de únicos herdeiros com firma reconhecida; e

g. Autorização de crédito em conta corrente dos beneficiários

9.5.5. No caso de Beneficiários Incapazes

a. menores sujeitos ao poder familiar: cópia autenticada da Certidão de nascimento do menor e documentos de identificação de ambos os pais (cédula de identidade e CPF);

b. menores sujeitos à tutela: cópia autenticada da Certidão de nascimento do menor, termo de tutela e documentos de identificação do tutor (cédula de identidade e CPF); e

c. maiores sujeitos a curatela: cópia autenticada da Certidão de nascimento do maior, termo de curatela e documentos de identificação do curador (cédula de identidade e CPF).

9.6. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

9.7. A documentação listada acima não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

## **10. Disposições Gerais**

10.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. que não foram revogadas por estas Condição Especial.

## **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE - AFMO**

### **1. Objetivo**

1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura Adicional de Auxílio Funeral em caso de Morte.

### **2. Definições**

2.1. Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### **3. Garantia**

3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s), conforme estabelecido no certificado individual de seguro, uma indenização ou o reembolso das despesas com funeral quando ocorrer a morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.

3.2. O capital desta cobertura destina-se apenas as despesas com funeral, que no caso de reembolso devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

### **4. Riscos excluídos**

4.1. Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.

### **5. Beneficiário**

5.1. O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

5.2. Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.

5.3. Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente/companheiro(a) e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.

5.4. Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que dentro de 6 (seis) meses reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.

5.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

## **6. Capital segurado**

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do segurado.

## **7. Franquias e carências**

7.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

7.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.

7.3. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

7.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

7.5. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

## **8. Documentos em caso de sinistro**

8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a. cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
- b. cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;
- c. cópia autenticada da Certidão de óbito do segurado;
- d. formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu ao segurado, com firma reconhecida;
- e. cópia autenticada da certidão de nascimento ou casamento do segurado;
- f. cópia do comprovante de residência nominal ao segurado e beneficiários;
- g. cópia da nota fiscal comprovando a despesa com funeral limitado à importância segurada da apólice contratada.

## **9. Disposições gerais**

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO EM CASO DE MORTE - AAMO**

### **1. Objetivo**

1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Auxílio Alimentação em caso de Morte.

### **2. Definições**

2.1. Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### **3. Garantia**

3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de indenização quando ocorrer a morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.

### **4. Riscos excluídos**

4.1. Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.

### **5. Beneficiário**

5.1. O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

5.2. Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.

5.3. Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente/companheiro(a) e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.

5.4. Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que dentro de 6 (seis) meses reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.

5.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

### **6. Capital segurado**

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do segurado.

## **7. Franquias e carências**

7.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

7.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.

7.3. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

7.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

7.5. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

## **8. Documentos em caso de sinistro**

8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a. cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
- b. cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;
- c. cópia autenticada da Certidão de óbito do segurado;
- d. formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida;
- e. cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
- f. cópia do comprovante de residência nominal ao segurado e beneficiários;
- g. dados bancários completos em nome dos beneficiários.

## **9. Disposições gerais**

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA**

### **1. Objetivo**

1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura básica de Morte Acidental.

### **2. Definições**

2.1. Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### **3. Garantia**

3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a morte do segurado, por causas acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.

3.2. Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

### **4. Riscos excluídos**

4.1. Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.

### **5. Beneficiário**

5.1. O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

5.2. Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.

5.3. Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente/companheiro(a) e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.

5.4. Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.

5.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

## **6. Capital segurado**

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

## **7. Franquias e carências**

7.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

7.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

7.3. Não obstante o estabelecido acima, será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

## **8. Documentos em caso de sinistro**

8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a. cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado
- b. cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;
- c. cópia autenticada da Certidão de óbito do segurado;
- d. formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu ao Segurado, com firma reconhecida;
- e. cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
- f. cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g. laudo Necroscópico – IML;
- h. CNH – caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- i. laudo de dosagem alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- j. CAT – quando o caso exigir;
- k. cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado e beneficiário;
- l. dados bancários completo em nome do beneficiário.

## **9. Disposições gerais**

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE ACIDENTAL – AFMA**

### **1. Objetivo**

1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Auxílio Funeral em caso de Morte Acidental.

### **2. Definições**

2.1. Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### **3. Garantia**

3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s), conforme estabelecido no certificado individual de seguro, uma indenização ou o reembolso das despesas com funeral quando ocorrer a morte do segurado, por causas acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.

3.2. O capital desta cobertura destina-se apenas as despesas com funeral, que no caso de reembolso devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

### **4. Riscos excluídos**

4.1. Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.

### **5. Beneficiário**

5.1. O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

5.2. Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.

5.3. Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente/companheiro(a) e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.

5.4. Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que dentro de 6 (seis) meses

reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.

5.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

## **6. Capital segurado**

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

## **7. Franquias e carências**

7.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

7.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

7.3. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

## **8. Documentos em caso de sinistro**

8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a. cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
- b. cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;
- c. cópia autenticada da Certidão de óbito do segurado;
- d. formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu ao Segurado, com firma reconhecida;
- e. nota fiscal original e respectivo recibo de pagamento;
- f. cópia autenticada da certidão de nascimento ou casamento do segurado;
- g. cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, quando for o caso;
- i. cópia do comprovante de residência nominal ao segurado e beneficiários;
- j. laudo de necropsia;
- k. Laudo de exame alcoólico / toxicológico.
- l. cópia da nota fiscal comprovando a despesa com funeral limitado à importância segurada da apólice contratada.

## **9. Disposições gerais**

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO EM CASO DE MORTE ACIDENTAL – AAMA**

### **1. Objetivo**

1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de auxílio alimentação em caso de morte acidental.

### **2. Definições**

2.1. Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### **3. Garantia**

3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de indenização quando ocorrer a morte do segurado, por causas acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.

### **4. Riscos excluídos**

4.1. Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.

### **5. Beneficiário**

5.1. O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

5.2. Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.

5.3. Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente/companheiro(a) e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.

5.4. Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que dentro de 6 (seis) meses reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.

5.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo

interesse para a mesma figurar nesta condição.

## **6. Capital segurado**

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

## **7. Franquias e carências**

7.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

7.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

7.3. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

## **8. Documentos em caso de sinistro**

8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a. cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
- b. cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;
- c. cópia autenticada da Certidão de óbito do segurado;
- d. formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu ao Segurado, com firma reconhecida;
- e. cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
- f. cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g. cópia do comprovante de residência nominal ao segurado e beneficiários; e
- h. dados bancários completos em nome dos beneficiários.

## **9. Disposições gerais**

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPTPA**

### **1. Objetivo do seguro**

1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

### **2. Definições**

2.1. Serão utilizadas para esta cobertura as definições do item 2- Definições descritas nas Condições Gerais

### **3. Garantia**

3.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, caso venha a ficar total ou parcialmente inválido em caráter permanente em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.

3.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a “data da ocorrência do evento coberto” será considerada a “data do acidente”, constatada por meio da análise da documentação apresentada

### **4. Riscos excluídos**

4.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IPTPA:

4.1.1. doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite etc.), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;

4.1.2. os envenenamentos, ainda que acidentais;

4.1.3. quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

4.1.4. as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre

integralmente no conceito de Acidente Pessoal;

4.1.5. acidentes médicos,

4.1.6. perda de dentes ou danos estéticos;

4.2. Os acidentes ocorridos em consequência:

4.2.1. da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados 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;

4.2.2. de acidente ocorrido quando o segurado, não legalmente habilitado, estiver na condução de veículo automotor de qualquer tipo;

4.2.3. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

## **5. Reintegração**

5.1. Após cada evento em que houver uma indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente, o Capital Segurado relativo a esta garantia será reintegrado automaticamente sem cobrança de prêmio adicional.

## **6. Beneficiário**

6.1. Para esta cobertura o beneficiário será sempre o segurado

## **7. Franquias e carências**

7.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

7.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

7.3. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de invalidez ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

## **8. Acumulação de indenização**

8.1. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente, quando contratadas ambas as garantias, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, será deduzida, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado em razão da Invalidez Parcial por Acidente.

## **9. Comprovação da invalidez**

9.1. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente por acidente, seja total ou parcial, estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para sua recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.

9.2. No caso de invalidez parcial por acidente, não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o valor da indenização por perda parcial será calculado pela aplicação do grau de redução funcional apresentado à porcentagem para sua perda total prevista na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente.

9.3. Na falta de indicação do percentual de redução, sendo o grau classificado como máximo, médio ou mínimo, a indenização proporcional será calculada com base nos índices 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente, aplicados sobre a mesma Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente.

9.4. Quando, de um mesmo acidente, resultar invalidez em mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se os percentuais estabelecidos para cada um, conforme Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, sendo que o total da indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado para invalidez permanente total ou parcial por acidente.

9.5. Havendo duas ou mais lesões parciais em um mesmo membro ou órgão, o somatório das indenizações não poderá exceder o total previsto na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, caso houvesse a perda completa desse membro.

9.6. Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, a indenização será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

9.7. A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.

9.8. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

9.9. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

9.10. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

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

9.12. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de IPTPA, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

## **10. Âmbito geográfico**

10.1. Este Seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

## **11. Início e término de vigência**

11.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.

11.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:

11.2.1. simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula;

11.2.2. a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;

11.2.3. com a morte ou invalidez permanente total do Segurado (por acidente ou por doença - em que o segurado recebeu indenização como antecipação da morte).

## **12. Prêmio**

12.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

## **13. Regulação e liquidação de sinistros**

13.1. Para o recebimento do Capital Segurado ou da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

13.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

13.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

13.4. O valor a ser indenizado ao beneficiário será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

13.5. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

a. Aviso de Sinistro;

b. Documentos pessoais do segurado: R.G ou RNE, CPF, comprovante de residência e telefone;

c. Ficha de Registro de Emprego Atualizada e comprovante de pagamento de salário dos últimos 3 meses (se seguro com vínculo empregatício);

d. Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico;

e. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);

f. Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho, cópia do Termo Circunstanciado ou do Boletim de Ocorrência Policial;

g. Relatório do médico assistente, com firma reconhecida, informando:

- Diagnóstico

- Data da alta definitiva

- Tratamento usado

- Percentual de redução funcional apresentado em decorrência do acidente;

13.6. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

13.7. A documentação listada acima não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

## **14. Disposições gerais**

14.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

ANEXO - Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPTPA.

No caso de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPTPA, desde que a mesma seja de caráter definitivo, a seguradora pagará ao segurado uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

<b>TABELA PARA CÁLCULO</b>	
<b>INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPTPA</b>	
<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% sobre o capital segurado</b>
<b>INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL</b>	
Perda total de visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso se 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
<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)</b>	
Perda total da visão de um olho	30
Perda total de a visão de um olho, quando o segurado já não tiver a visão do outro olho	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
<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES</b>	
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
Aquiloze total de um dos ombros	25
Aquiloze total de um dos cotovelos	25
Aquiloze total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar, indenização do equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

<b>ANEXO - Tabela para Cálculo de Indenização em caso de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPTPA</b>	
<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES</b>	
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-fibulares	25
Fratura não consolidada da patela	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 de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros ou mais	10
de 3 (três) centímetros	6
menos de 3(três) centímetros: sem indenização	
<b>PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA</b>	
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	
<b>DIVERSAS</b>	
<b>MANDÍBULA</b>	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
- Em grau mínimo	10
- Em grau médio	20
- Em grau máximo	30
<b>NARIZ</b>	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	7
Perda do olfato com alterações gustativas	10
<b>APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO</b>	
Diplopia	15
<b>Lesões das vias lacrimais:</b>	
Unilateral	7
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25

<b>ANEXO - Tabela para Cálculo de Indenização em caso de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPTPA</b>	
<b>DIVERSAS</b>	
<b>Lesões da pálpebra:</b>	
Ectrópio Unilateral	3
Ectrópio Bilateral	6
Entrópio Unilateral	7
Entrópio Bilateral	14
Má oclusão palpebral Unilateral	3
Má oclusão palpebral Bilateral	6
Ptose palpebral Unilateral	5
Ptose palpebral Bilateral	10
<b>APARELHO DA FONACÃO</b>	
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
<b>SISTEMA AUDITIVO</b>	
Perda total de uma orelha	8
Perda total das duas orelhas	6
<b>APARELHO URINÁRIO</b>	
Perda de um rim, com rim remanescente com função preservada	30
Redução da Função renal não dialítica	50
Redução da Função renal dialítica	75
Retenção crônica de urina (sondagens vesicais obrigatórias)	15
Cistostomia definitiva	30
Incontinência urinária permanente	30
<b>APARELHO GENITAL E REPRODUTOR</b>	
Perda de um testículo	5
Perda de dois testículos	15
Amputação traumática do pênis	40
Perda de um ovário	5
Perda de dois ovários	15
Perda do útero antes da menopausa	30
Perda do útero depois da menopausa	10
<b>PESCOÇO</b>	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Traqueostomia definitiva	40
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
<b>APARELHO RESPIRATÓRIO</b>	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
<b>Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):</b>	
- com função respiratória preservada	15

<b>ANEXO - Tabela para Cálculo de Indenização em caso de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPTPA</b>	
- com redução em grau mínimo da função respiratória	25
<b>DIVERSAS</b>	
- com redução em grau médio da função respiratória	50
- com insuficiência respiratória	75
<b>MAMAS (FEMININAS)</b>	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
<b>ABDOMEM (VÍSCERAS)</b>	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
Perda do baço (esplenectomia)	15
<b>INTESTINO DELGADO</b>	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
<b>INTESTINO GROSSO</b>	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
<b>RETO E ÂNUS</b>	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
<b>FÍGADO</b>	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
<b>SÍNDROMES NEUROLÓGICAS</b>	
Síndrome pós-concussional	20
Estresse pós-traumático	2
Epilepsia pós-traumática	20
Hidrocefalia com derivação ventrículo-peritoneal	20

## **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – IFPTD**

### **1. Objetivo do seguro**

1.1 Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, que garante antecipação de 100% do capital segurado da garantia de Morte.

### **2. Definições**

2.1 Além das definições do item 2 - Definições descritas nas Condições Gerais serão utilizadas para esta Condição Especial:

2.1.1. Agravamento Mórbito: piora de uma doença.

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

2.1.3. Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.1.4. Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

2.1.5. Auxílio: a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.1.6. Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

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

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

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

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

2.1.11. Dados Antropométricos: no caso da garantia de Invalidez por Doença - Funcional, o peso e a altura do Segurado.

2.1.12. Deambular: ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

2.1.13. Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

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

2.1.15. Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

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

2.1.17. Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

- 2.1.18. Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.1.19. Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.1.20. Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 2.1.21. Doença do Trabalho: Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).
- 2.1.22. Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.1.23. Etiologia: causa de cada doença.
- 2.1.24. Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.1.25. Hígido: saudável.
- 2.1.26. Médico Assistente: médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.1.27. Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.1.28. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.1.29. Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.1.30. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.1.31. Relações autonômicas: entende-se como pleno exercício das relações autonômicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar todas as suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas independente de qualquer ajuda.
- 2.1.32. Relações existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.1.33. Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.1.34. Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.1.35. Transferência Corporal: capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

### **3. Garantia**

3.1. A presente condição especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença do segurado, conseqüente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente, sob critérios devidamente especificados no item 4.

– Riscos Cobertos, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta condição especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.

3.2. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado

através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 12 – Regulação e Liquidação de Sinistros destas Condições Especiais.

#### **4. Riscos cobertos**

4.1. Considera-se “risco coberto” a ocorrência, comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestados por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:

- 4.1.1. doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- 4.1.2. 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 seu controle clínico;
- 4.1.3. 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;
- 4.1.4. alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- 4.1.5. doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- 4.1.6. doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- 4.1.7. deficiência visual, decorrente de doença:
  - cegueira na qual a acuidade visual for 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 o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
  - ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- 4.1.8. doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado;
- 4.1.9. os seguintes estados mórbidos decorrentes de doença:
  - perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
  - 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.

4.2. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF – Anexo, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

4.3. O IAIF - Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional é composto por dois documentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos, avalia, por meio de escalas com 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

4.4. O 1º (primeiro) 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.

4.5. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra:

4.6. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados.

4.7. O segundo documento, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas.

4.8. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

## **5. Riscos excluídos**

5.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença - IFPTD, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônômicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

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

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

5.1.3. a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;

## **6. Franquias e carências**

6.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

6.2. Quando forem aplicáveis, carências estarão fixadas no contrato.

6.3. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

6.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

6.5. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de invalidez ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

## **7. Beneficiário**

7.1. Para esta cobertura o beneficiário será sempre o segurado.

## **8. Comprovação da Invalidez**

8.1. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.

8.2. A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.

8.3. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

8.4. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

8.5. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

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

8.7. Com a indenização por esta condição especial de IFPD o segurado será automaticamente excluído da apólice.

## **9. Âmbito Geográfico**

9.1. Este Seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

## **10. Início e Término de Vigência**

10.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.

10.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:

10.2.1. simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula;

10.2.2. a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;

10.2.3. desde que efetivamente comprovada, por ser a garantia de Invalidez por Doença Funcional uma antecipação da garantia básica (morte), seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a garantia para o caso de morte, bem como o presente seguro.

10.3. Não restando caracterizada a Invalidez por Doença do tipo funcional, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, do Contrato e/ou Apólice, sem qualquer devolução de prêmios.

## **11. Prêmio**

11.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

## **12. Regulação e Liquidação de Sinistros**

12.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica devidamente preenchida e assinada por médico assistente.

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

12.3. Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo

médico-assistente e por si, o segurado deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.

12.4. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

12.5. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 4 - RISCOS COBERTOS

12.6. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:

a-) cópia do RG ou RNE, CPF e comprovante de residência e telefone do segurado;

b-) relatório do médico-assistente do segurado:

- Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada;

- Detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado.

c-) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

12.7. Protocolado o Aviso de Sinistro, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.

12.8. Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

12.9. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

12.10. O segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.

### **13. Despesas de Comprovação**

13.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez por Doença do tipo Funcional são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

### **14. Data do Evento**

14.1. Considera-se data do evento para fins de caracterização da existência de cobertura e para fins de cálculo do capital segurado:

14.1.1. a data indicada na Declaração Médica, como sendo a data a partir da qual a evolução do quadro de saúde do segurado passou a enquadrarse na pontuação da Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos igual ou superior a 60 pontos

## 15. Não reconhecimento da IFPTD

15.1. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

15.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

15.3. A seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

## 16. Perícia Médica

16.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

16.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

## 17. Disposições Gerais

17.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. que não foram revogadas por estas Condição Especial.

### ANEXO - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<b>1º GRAU:</b> O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SEM SUPERVISÃO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR?	0
	<b>2º GRAU:</b> 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 DÉFICIT COGNITIVO?	10
	<b>3º GRAU:</b> O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL?	20

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
<b>CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO</b>	<b>1º GRAU:</b> 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?	0
	<b>2º GRAU:</b> 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
	<b>3º GRAU:</b> 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 ASSISTÊNCIA E/OU AUXÍLIO TÉCNICO?	20
ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
<b>CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA</b>	<b>1º GRAU:</b> O SEGURADO REALIZA, SEM ASSISTÊNCIA, 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 AUTO-SUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS?	0
	<b>2º GRAU:</b> O SEGURADO NECESSITA DE ASSISTÊNCIA E/OU AUXÍLIO TÉCNICO EVENTUAIS 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
	<b>3º GRAU:</b> O SEGURADO NECESSITA DE ASSISTÊNCIA MANTIDA PARA AS ATIVIDADES DIÁRIAS DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS?	20

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

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	VALORAÇÃO (PONTOS)
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E/OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40 (QUARENTA)?	2
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO?	2
HÁ CURSO DE RECIDIVA E/OU PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E/OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNE?	4
EXISTEM MAIS DE 2 (DOIS) FATORES AGRAVANTES DE RISCO E/OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE?	4
	8
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E/OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRAATARIEDADE TERAPÊUTICA?	8

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – DIT

### 1. Objetivo

1.1 Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Diárias por Incapacidade Temporária.

### 2. Definições

2.1. Entende-se por doença qualquer perturbação involuntária das funções orgânicas, não devida a acidentes, que requeira acompanhamento e/ou tratamento médico tendo como consequência direta o afastamento do Segurado de todas as atividades remuneradas que exerça.

2.2. Entende-se por incapacidade temporária a impossibilidade total, contínua, ininterrupta e temporária, causada por doença ou acidente pessoal cobertos, e atestada por profissional legalmente habilitado, para o pleno exercício de todas as atividades remuneradas exercidas pelo Segurado.

2.3. Entende-se por limite de diárias a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus, contada a partir do término do período de franquia contratado, por cada evento.

2.4. Além das definições acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### 3. Garantia

3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor diário fixo, pagável por cada dia de afastamento do Segurado em virtude de sua Incapacidade Temporária, causada por acidente pessoal ou doença cobertos, ocorridos dentro do período de cobertura e após o período de carência, ficando o Segurado incapacitado de exercer suas atividades profissionais, por um período superior à franquia contratada, por determinação médica e comprovável por atestados médicos e exames complementares, observado o limite de diárias estabelecido.

3.2. O Limite de Diárias indenizáveis por cada evento será estabelecido no contrato e/ou no Certificado Individual, respeitadas as seguintes opções:

PLANO	DIÁRIAS	PLANO	DIÁRIAS
A	30	G	210
B	60	H	240
C	90	I	270
D	120	J	300
E	150	K	330
F	180	L	360

3.3. Haverá franquia em dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado por determinação médica. A indenização só passará a ser devida após o período de franquia. O número de dias de franquia será estabelecido no contrato e/ou Certificado Individual.

3.4. Haverá carência de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de início de vigência do

seguro, para os eventos decorrentes de Doença.

3.5. Para cada evento coberto, a quantidade de diárias a ser indenizada corresponderá ao número de dias que o segurado ficar afastado por Incapacidade Temporária deduzindo-se os primeiros dias relativos ao período de franquia contratado, respeitado o Limite de Diárias estabelecido.

#### **4. Riscos excluídos**

4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:

- a. Lesões por esforço repetitivo (L.E.R.);
- b. Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle da natalidade;
- c. Cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal coberto;
- d. Tratamento estético e para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
- e. Doenças preexistentes à contratação deste seguro, exceto as declaradas no Cartão-Proposta;
- f. Anomalias congênitas e doenças mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas;
- g. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- h. Tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- i. O período em que o segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, exceto decorrentes de doenças neurológicas.

#### **5. Beneficiário**

5.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

#### **6. Capital segurado**

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da incapacidade.

6.2. O Capital Segurado desta cobertura corresponde ao valor a ser pago por cada diária de incapacidade temporária.

#### **7. Franquias e carências**

7.1. Quando forem aplicáveis, as franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.

7.2. Para esta cobertura, o período de franquia será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

7.3. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

7.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

7.5. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de incapacidade ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

## **8. Documentos em caso de sinistro**

8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a. Xerox autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado
- b. Laudo do médico assistente, comprovando a incapacidade temporária, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento, o tipo de tratamento e o número de dias de afastamento necessário para a recuperação.
- c. Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida;
- d. Cópia do boletim de ocorrência autenticado; (Quando necessário);
- e. Cópia do comprovante de endereço nominal ao beneficiário;
- f. Dados bancários completo em nome do beneficiário.

## **9. Disposições gerais**

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – DMHO**

### **1. Objetivo**

1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas.

### **2. Definições**

2.1 Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### **3. Garantia**

3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o reembolso, limitado ao Capital Segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.

3.2. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares, desde que legalmente habilitados.

3.3. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviço médico-hospitalares para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

3.4. A comprovação das despesas médico-hospitalares deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente, podendo ser aceitos pela Seguradora outros documentos a seu critério.

### **4. Riscos excluídos**

4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídas as despesas decorrentes de, além dos eventos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:

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

### **5. Beneficiário**

5.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio Segurado.

### **6. Capital segurado**

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

### **7. Franquias e carências**

- 7.1. Quando forem aplicáveis, as franquias estarão fixadas no contrato.
- 7.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.3. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de despesas médicas, hospitalares e odontológicas ocasionadas por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

## **8. Documentos em caso de sinistro**

- 8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
  - a. Xerox autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
  - b. Relatório do médico assistente, comprovando o tratamento, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento;
  - c. Cópias autenticadas dos comprovantes originais das despesas médicas, hospitalares e odontológicas;
  - d. Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida;
  - e. Xerox autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;

## **9. Disposições gerais**

- 9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR – DIH**

### **1. Objetivo**

1.1 Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Diária por Internação Hospitalar.

### **2. Definições**

2.1 Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### **3. Garantia**

3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor diário fixo, pagável por cada dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar, desde que a hospitalização seja decorrente de Acidente Pessoal ou doença, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.

3.2. O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e ratificado no Certificado Individual.

3.3. Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.

3.4. O benefício máximo pagável sob este seguro é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, sendo que, nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.

3.4.1. Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pago benefício concedido por este Seguro.

3.5. Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.

### **4. Riscos excluídos**

4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídas, além das hospitalizações decorrentes dos eventos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:

a. hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal – check-up, e investigação diagnóstica;

b. hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas à ela;

c. hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

d. cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas consequências;

e. cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidentes pessoal ocorrido na vigência do Seguro;

f. hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;

g. tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiéticos;

h. tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

#### 4.2. Exclusões por Condições Médicas Preexistentes

4.2.1. A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente somente estará coberta após o Segurado ter permanecido neste seguro durante um período contínuo de 12 (doze) meses.

4.2.1.1. Uma condição médica preexistente significa a doença ou lesão em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento nos 6 (seis) meses anteriores à data de início deste seguro ou ainda saiba ser portador ou sofredor à época da contratação, não declarada na proposta, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico.

#### 4.3. Exclusões por Instituições não Cobertas

4.3.1. Estão excluídas da cobertura deste seguro as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:

a. instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidade psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital.

b. local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados.

c. clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas.

d. instituições de saúde hidroterápica ou clínica de método curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.

### 5. **Beneficiário**

5.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

### 6. **Capital segurado**

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da internação.

6.2. O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

6.3. O Capital Segurado não poderá ultrapassar 1/365 (um trezentos e sessenta e cinco avos) do Limite Técnico de Aceitação da Seguradora.

### 7. **Franquias e carências**

7.1. Quando forem aplicáveis, franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.

7.2. Para esta cobertura, o período de franquia será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

7.3. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

7.4. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de internação hospitalar ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou

qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

## **8. Documentos em caso de sinistro**

8.1. Em caso de internação coberta pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a. cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
- b. formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida;
- c. original e cópia da nota fiscal de internação, emitida pela Instituição Hospitalar. Poderá ser aceito, a critério da Seguradora, outro documento que comprove a hospitalização, tal como declaração do hospital, desde que este seja um documento comprobatório para fins legais;
- d. prontuário Médico, fornecido pela Instituição Hospitalar,
- e. cópia do boletim de ocorrência autenticado;
- f. cópia do comprovante de endereço nominal ao beneficiário;
- g. dados bancários completo em nome do beneficiário;

## **9. Disposições gerais**

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES – DG

### 1. Objetivo

1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Doenças Graves.

### 2. Definições

2.1. Acidente Cérebro Vascular: isquemia cerebral ou hemorragia intracraniana resultante de problemas vasculares e que produz seqüela neurológica com duração superior à 24 (vinte e quatro) horas.

2.1.1. O Acidente Cérebro Vascular deve ser diagnosticado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia e demonstrado através de exames complementares apropriados.

2.1.2. Para fins da caracterização desta garantia, estão excluídos os seguintes eventos:

- a. ataques isquêmicos transitórios;
- b. qualquer outra alteração neurológica resultante de acidente vascular;
- c. injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma.

2.2. Câncer: tumor maligno que se caracteriza pelo crescimento descontrolado de células com invasão e destruição de tecido normal.

2.2.1. O Câncer deve ser diagnosticado por médico habilitado em oncologia e demonstrado através de laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso.

2.2.2. Para fins da caracterização desta garantia, estão excluídos os seguintes eventos:

- a. carcinomas não invasivos “in situ” (incluindo displasia cervical) e outras lesões pré-neoplásicas;
- b. carcinoma baso-celular;
- c. sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS;
- d. qualquer tipo de Câncer de pele que não seja melanoma maligno invasivo de menos de 1,2mm de espessura determinado por exame e menos de Clark level 3;
- e. leucemia linfática crônica.

2.2.3. Doença Coberta: Estarão cobertas por esta garantia o diagnóstico positivo de Câncer, Infarto, Acidente Cérebro Vascular, Insuficiência Renal e Transplante de Órgãos, respeitadas as definições, caracterizações e exclusões de cada doença, conforme os subitens 2.1., 2.2., 2.4., 2.5. e 2.6. desta Condição Especial.

2.3. Infarto: necrose de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado.

2.3.1. O Infarto deve ser diagnosticado por médico habilitado em cardiologia e demonstrado através de pelo menos 02 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais:

- a. histórico da dor precordial típica;
- b. alterações eletrocardiográficas;
- c. alterações das enzimas cardíacas;
- d. outros exames complementares aplicáveis ao caso.

2.3.2. Para fins da caracterização desta garantia, estão excluídos os Infartos do miocárdio antigos demonstrados através do ECG.

2.4. Insuficiência Renal: estágio final da patologia renal com falência funcional e consequente

indicação de hemodiálise ou transplante renal.

2.4.1. A Insuficiência Renal deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

2.5. Transplante de Órgãos: necessidade médica de recepção de transplante, em função da perda irreversível da função dos seguintes órgãos: fígado, coração, pulmão, rins ou medula óssea.

2.5.1. O Transplante de Órgãos deve ter o diagnóstico e a recomendação feitos pelo menos por dois médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.

2.5.2. Para fins da caracterização desta garantia, estão excluídos os seguintes eventos:

- a. transplantes dos demais órgãos não listados no subitem 2.6. acima;
- b. transplante de tecido;
- c. auto-transplante.

2.6. Além das definições acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### **3. Garantia**

3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização caso o Segurado receba um diagnóstico de uma das Doenças definidas no item 2 destas condições especiais e desde que o primeiro diagnóstico da doença ocorra durante a vigência desta cobertura e após o período de carência estabelecido no contrato.

3.2. Esta garantia terminará com o diagnóstico de uma das doenças cobertas.

### **4. Riscos excluídos**

4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4 - Riscos Excluídos das Condições Gerais:

- a. diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoa com laços de dependência econômica ou que resida, com o mesmo, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;
- b. diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;
- c. doenças profissionais.

4.2. Além dos eventos relacionados no subitem 4.1. acima, estão excluídas desta garantia as condições médicas preexistentes (de conhecimento do segurado e não declarada na proposta).

### **5. Beneficiário**

5.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

### **6. Capital segurado**

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico da doença coberta.

### **7. Franquias e carências**

7.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

7.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.

7.3. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

## **8. Documentos em caso de sinistro**

8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a. cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
- b. formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);
- c. laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;
- d. cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;
- e. dados bancários completo em nome do beneficiário / Segurado.
- f. Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

## **9. Disposições gerais**

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – DC**

### **1. Objetivo**

1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Diagnóstico de Câncer.

### **2. Definições**

2.1. Câncer: Para efeito deste seguro, é a designação genérica de tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células ditas malignas, no corpo humano. Tal designação deverá ser comprovada através de exame anatomopatológico. Exclui-se, no entanto, dessa designação, para efeitos do presente seguro, qualquer câncer de pele, exceto o melanoma maligno. Para os efeitos desta garantia, o tumor maligno deverá ter seu primeiro diagnóstico em data posterior ao início da vigência do Certificado Individual e findo o prazo de carência definido no contrato deste seguro. O diagnóstico de câncer maligno poderá ser realizado no paciente tanto em vida quanto em post-mortem.

2.2. Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### **3. Garantia**

3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura, caso o segurado receba o primeiro diagnóstico de câncer maligno, dentro do prazo de vigência desta cobertura, desde que devidamente coberto pelo seguro, observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.

### **4. Riscos excluídos**

4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:

- a. diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoa com laços de dependência econômica ou que resida, com o mesmo, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;
- b. diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;
- c. qualquer tipo de câncer de pele, exceto o melanoma maligno.

### **5. Beneficiário**

5.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

### **6. Capital segurado**

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico do câncer.

## **7. Franquias e carências**

7.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

7.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.

7.3. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

## **8. Documentos em caso de sinistro**

8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

a. Xerox autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado

b. Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida;

c. Formulário de Declaração Médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença.

d. Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado;

e. Dados bancários completo em nome do segurado; (quando necessário).

## **9. Disposições gerais**

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS – DCFI**

### **1. Objetivo**

1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Doença Congênita de Filhos.

### **2. Definições**

2.1. Doenças congênitas: disfunções fisiológicas de origem sistêmica, bem como as provocadas por más formações anatômicas, diagnosticadas e medicamente comprovadas como congênitas.

2.2. Além das definições acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### **3. Garantia**

3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia em caso de nascimento de filho do Segurado Principal portador de invalidez permanente total por doença congênita que venha a ser diagnosticada, até 6 (seis) meses após o nascimento do filho, observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.

3.2. O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência desta garantia, só será efetuado desde que a data de nascimento do filho ocorra no período de vigência desta cobertura.

### **4. Riscos excluídos**

4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4 - Riscos Excluídos das Condições Gerais:

a. diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoa com laços de dependência econômica ou que resida, com o mesmo, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;

b. diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;

c. ciência da doença congênita do filho durante a gestação, antes da vigência do certificado;

### **5. Beneficiário**

5.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

### **6. Capital segurado**

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, do diagnóstico que especifica e caracteriza a doença congênita, indicada na declaração médica.

## **7. Franquias e carências**

7.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

7.2. Não serão aplicadas carências nesta cobertura.

## **8. Documentos em caso de sinistro**

8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

a. cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado principal e do filho, se menor certidão de nascimento;

b. formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o Filho do Segurado, com firma reconhecida;

c. formulário de Declaração Médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;

d. cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado principal e ao filho, se menor, declaração de residência;

e. dados bancários completo em nome do beneficiário.

## **9. Disposições gerais**

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE – DIHA**

### **1. Objetivo**

1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Diária por Internação Hospitalar.

### **2. Definições**

2.1. Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### **3. Garantia**

3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor diário fixo, pagável por cada dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar, desde que a hospitalização seja decorrente de Acidente Pessoal, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.

3.2. O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão.

3.3. Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.

3.4. O benefício máximo pagável sob este seguro é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, sendo que, nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.

3.4.1. Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pago benefício concedido por este Seguro.

3.5. Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.

### **4. Riscos excluídos**

4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídas, além das hospitalizações decorrentes dos eventos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:

- a. hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal – check-up, e investigação diagnóstica;
- b. hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas à ela;

- c. hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
- d. cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas consequências;
- e. cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidentes pessoal ocorrido na vigência do Seguro;
- f. hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;
- g. tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiéticos;
- h. tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

#### 4.2. Exclusões por Condições Médicas Preexistentes

4.2.1. A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente somente estará coberta após o Segurado ter permanecido neste seguro durante um período contínuo de 12 (doze) meses.

4.2.1.1. Uma condição médica preexistente significa a doença ou lesão em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento nos 6 (seis) meses anteriores à data de início deste seguro ou ainda saiba ser portador ou sofrer à época da contratação, não declarada na proposta, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico.

#### 4.3. Exclusões por Instituições não Cobertas

4.3.1. Estão excluídas da cobertura deste seguro as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:

- a. Instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidade psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital.
- b. Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados.
- c. Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas.
- d. Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.

### 5. **Beneficiário**

5.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

### 6. **Capital segurado**

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da internação.

6.2. O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

### 7. **Franquias e carências**

7.1. Quando forem aplicáveis, franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.

7.2. Para esta cobertura, o período de franquia será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

7.3. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

7.4. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de internação hospitalar por acidente ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

## **8. Documentos em caso de sinistro**

8.1. Em caso de internação coberta pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a. Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado
- b. Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida;
- c. Original e Cópia da nota fiscal de internação, emitida pela Instituição Hospitalar. Poderá ser aceito, a critério da Seguradora, outro documento que comprove a hospitalização, tal como declaração do hospital, desde que este seja um documento comprobatório para fins legais;
- d. Prontuário Médico, fornecido pela Instituição Hospitalar;
- e. Cópia do boletim de ocorrência autenticado;
- f. Cópia do comprovante de endereço nominal ao beneficiário;
- g. Dados bancários completo em nome do beneficiário.

## **9. Disposições gerais**

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - DITA**

### **1. Objetivo**

1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Diárias por Incapacidade Temporária por acidente.

### **2. Definições**

2.1. Entende-se por incapacidade temporária a impossibilidade total, contínua, ininterrupta e temporária, causada por acidente pessoal cobertos, e atestada por profissional legalmente habilitado, para o pleno exercício de todas as atividades remuneradas exercidas pelo Segurado.

2.2. Entende-se por limite de diárias a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus, contada a partir do término do período de franquia contratado, por cada evento.

2.3. Além das definições acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### **3. Garantia**

3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor diário fixo, pagável por cada dia de afastamento do Segurado em virtude de sua Incapacidade Temporária, causada por acidente pessoal, ocorridos dentro do período de cobertura, ficando o Segurado incapacitado de exercer suas atividades profissionais, por um período superior à franquia contratada, por determinação médica e comprovável por atestados médicos e exames complementares, observado o limite de diárias estabelecido.

3.2. O Limite de Diárias indenizáveis por cada evento será estabelecido no contrato e/ou no Certificado Individual, respeitadas as seguintes opções:

3.3. Haverá franquia em dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado por determinação médica. A indenização só passará a ser devida após o período de franquia. O número de dias de franquia será estabelecido no contrato e/ou Certificado Individual.

3.4. Para cada evento coberto, a quantidade de diárias a ser indenizada corresponderá ao número de dias que o segurado ficar afastado por Incapacidade Temporária deduzindo-se os primeiros dias relativos ao período de franquia contratado, respeitado o Limite de Diárias estabelecido.

### **4. Riscos excluídos**

4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos,

além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:

- a. Lesões por esforço repetitivo (L.E.R.);
- b. Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle da natalidade;
- c. Cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal coberto;
- d. Tratamento estético e para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
- e. Doenças preexistentes à contratação deste seguro, exceto as declaradas no Cartão-Proposta;
- f. Anomalias congênitas e doenças mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas;
- g. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- h. Tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- i. O período em que o segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, exceto decorrentes de doenças neurológicas.
- j. Incapacidade causada por doenças.

## **5. Beneficiário**

5.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

## **6. Capital segurado**

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da incapacidade.

6.2. O Capital Segurado desta cobertura corresponde ao valor a ser pago por cada diária de incapacidade temporária.

## **7. Franquias e carências**

7.1. Quando forem aplicáveis, as franquias estarão fixadas no contrato.

7.2. Para esta cobertura, o período de franquia será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

7.3. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

7.4. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de incapacidade temporária por acidente ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

## **8. Documentos em caso de sinistro**

8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a. Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado
- b. Laudo do médico assistente, comprovando a incapacidade temporária, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento, o tipo de tratamento e o número de dias de afastamento necessário para a recuperação.
- c. Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que

assistiu o Segurado, com firma reconhecida;

- d. Cópia do boletim de ocorrência autenticado;
- e. Cópia do comprovante de endereço nominal ao beneficiário;
- f. Dados bancários completo em nome do beneficiário.

## **9. Disposições gerais**

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS EM CASO DE MORTE - DEM**

### **1. Objetivo**

1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Despesas Extraordinárias em caso de Morte.

### **2. Definições**

2.1. Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### **3. Garantia**

3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de despesas extraordinárias quando ocorrer a morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.

3.2. O número e o valor das parcelas a serem pagas estará definida no contrato de seguro.

### **4. Riscos excluídos**

4.1. Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.

### **5. Beneficiário**

5.1. O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

5.2. Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.

5.3. Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.

5.4. Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que dentro de 6 (seis) meses reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios

para proverem sua subsistência.

5.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

## **6. Capital segurado**

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do segurado.

## **7. Franquias e carências**

7.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

7.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.

7.3. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

7.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

7.5. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

## **8. Documentos em caso de sinistro**

8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a. Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado
- b. Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;
- c. Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- d. Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida;
- e. Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
- f. Cópia do comprovante de residência atualizado.

## **9. Disposições gerais**

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS EM CASO DE MORTE ACIDENTAL - DEMA**

### **1. Objetivo**

1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de despesas extraordinárias em caso de morte acidental.

### **2. Definições**

2.1. Serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

### **3. Garantia**

3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de despesas extraordinárias quando ocorrer a morte do segurado, por causa acidental, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.

3.2. O número e o valor das parcelas a serem pagas estará definida no contrato de seguro.

### **4. Riscos excluídos**

4.1. Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.

### **5. Beneficiário**

5.1. O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

5.2. Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.

5.3. Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.

5.4. Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que dentro de 6 (seis) meses reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios

para proverem sua subsistência.

5.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

## **6. Capital segurado**

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do segurado.

## **7. Franquias e carências**

7.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

7.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.

7.3. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

7.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

## **8. Documentos em caso de sinistro**

8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a. Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado
- b. Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;
- c. Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- d. Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida;
- e. Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
- f. Cópia do comprovante de residência atualizado.

## **9. Disposições gerais**

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS – VR**

### **1. Objetivo do Seguro**

1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Verbas Rescisórias em caso de Morte.

### **2. Definições**

2.1. Serão utilizadas para esta cobertura as definições do item 2- Definições descritas nas Condições Gerais

### **3. Garantia**

3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao Estipulante o pagamento de uma indenização, a título de reembolso das despesas com pagamento de verbas rescisórias, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, quando ocorrer a morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.

3.2. Para efeito desta cobertura será considerada como “data da ocorrência do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovado mediante Certidão de Óbito.

### **4. Riscos Excluídos**

4.1. Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4 - Riscos Excluídos descritos nas Condições Gerais.

### **5. Âmbito Geográfico**

5.1. Este Seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

### **6. Início e Término de Vigência**

6.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados

da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.

6.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:

- a. simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula;
- b. a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
- c. com a morte ou invalidez permanente total do Segurado (por acidente ou por doença).

## **7. Prêmio**

7.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

## **8. Franquias e Carências**

8.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

8.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.

8.3. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

8.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

8.5. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

## **9. Regulação e Liquidação de Sinistros**

9.1. Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

9.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

9.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

9.4. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a. Aviso de Sinistro;
- b. Certidão de Óbito;
- c. Documentos pessoais do segurado: R.G ou RNE, CPF, comprovante de residência e telefone;
- d. Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
- e. Declaração do Médico Assistente, indicando causa morte, com firma reconhecida;
- f. Ficha de Registro de Emprego Atualizada e comprovante de pagamento de salário dos últimos 3 meses (se seguro com vínculo empregatício);
- g. Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (em caso de acidente);
- h. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);
- i. Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho, cópia do Termo Circunstanciado ou do Boletim de Ocorrência Policial (em caso de acidente);

9.5. A documentação listada acima não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o

processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

## **10. Disposições Gerais**

10.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE SEGURADORA S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.

### **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL EM DECORRÊNCIA DE DOENÇA PROFISSIONAL – IPTDP**

#### **1. Objetivo do Seguro**

1.1. Esta Cláusula, desde que contratada, em caso de risco coberto, garante ao Segurado o pagamento de 100% (cem por cento), de forma antecipada, do capital segurado da cobertura de básica de Morte, quando da caracterização de estado de Invalidez Definitiva por Consequência de Doença Profissional adquirida no ambiente profissional, mediante declaração médica, assinada pelo médico, ou junta médica, responsável pelo laudo, caracterizando a incapacidade decorrente de Doença Profissional, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2. O pagamento da Indenização relativa a esta Cláusula exclui, imediata automaticamente, o segurado da apólice.

#### **2. Definições**

2.1. Doença Profissional: Doença caracterizada como definitiva que tenha afetado o segurado exposto ao respectivo risco pela natureza da atividade ou condições ambientais profissionais.

2.2. Invalidez Definitiva por Consequência de Doença Profissional: será caracterizada por Doença Profissional que impeça o segurado de desempenhar definitivamente suas funções e pela qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação e desde que a data de início de tratamento e/ou diagnóstico da Doença Profissional seja posterior a data de sua inclusão no seguro.

2.3. Não podem figurar como segurados, para esta Cláusula, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.

#### **3. Riscos Excluídos**

3.1. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cláusula os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

a-) Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares

ou ionizantes;

b) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;

d) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;

e) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente.

f) Casos de invalidez permanente total gerada por doenças adquiridas fora do período de atividade profissional;

g) Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquicas causada por acidente pessoal;

h) Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas sendo como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da invalidez não se enquadre integralmente na caracterização de Doença Profissional.

#### **4. Capital Segurado**

4.1. O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta Cláusula considera-se como data do evento a data do laudo médico indicando o início da Invalidez.

4.3. Sendo reconhecida a invalidez pela Seguradora, esta pagará o valor da indenização de uma só vez ao próprio Segurado.

#### **5. Âmbito Geográfico**

5.1. Este Seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

#### **6. Início e Término de Vigência**

6.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.

6.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:

- a. simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula;
- b. a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
- c. com a morte ou invalidez permanente total do Segurado (por acidente ou por doença).

#### **7. Prêmio**

7.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado,

conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

## **8. Franquias e Carências**

- 8.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 8.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.
- 8.3. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 8.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 8.5. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

## **9. Regulação e Liquidação de Sinistros**

- 9.1. A Invalidez Permanente Total por Doença Profissional deve ser comprovada por relatório médico detalhado pelo médico-assistente do Segurado justificando seu estado de invalidez, acompanhado dos laudos e resultados de exames clínicos e laboratoriais a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.
- 9.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, precede a avaliação do sinistro, mas não caracteriza, por si só, a Invalidez Permanente Total por Doença Profissional.
- 9.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 9.4. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
  - a. Aviso de Sinistro;
  - b. Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) da(s) doença(s) profissional, com sua(s) data(s), tratamento realizado, prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso e a data da caracterização da invalidez como total e definitiva;
  - c. Exames comprobatórios do diagnóstico, para posterior devolução;
  - d. Carta de Concessão de Auxílio Doença ou de Aposentadoria, expedidas pelo INSS, caso existam
  - e. Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
  - f. Cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
  - g. Quando o vínculo for empregatício: Cópia da Ficha de Registro do empregado;
  - h. Quando o vínculo for de prestação de serviços: Cópia do Contrato;
  - i. Cópia dos 03 (três) últimos comprovantes de salário, quando o vínculo for empregatício;
  - j. Cópia dos 03 (três) últimos demonstrativos de pagamentos ou nota fiscal, quando o vínculo for de prestação de serviços.
- 9.5. A documentação listada acima não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

## **10. Disposições Gerais**

- 10.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da GENTE

SEGURADORA S.A. que não foram revogadas por estas Condição Especial.