

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Processo SUSEP Nº: 15414.902197/2014-32

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

PROCESSO SUSEP Nº: 15414.902197/2014-32

VERSÃO 12

Estas Condições aplicam-se a todas as Coberturas contratadas pelo Estipulante, Subestipulante e/ou Segurado, dentro da apólice.

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

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

Recomendamos a leitura atenta destas Condições Gerais, especialmente no que se refere a **Riscos Excluídos** do Seguro.

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de Capital Segurado, ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s), em caso de ocorrência, durante o período de vigência individual, de algum dos eventos cobertos previstos nas coberturas contratadas, exclusivamente decorrente de acidente pessoal, **exceto se excluído de cobertura, observadas as Condições Gerais e Disposições Contratuais do Seguro.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **ACIDENTE PESSOAL:** o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) **excluem-se desse conceito:**

b.1) **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**

b.2) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**

b.3) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**

b.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 na caracterização de invalidez por acidente pessoal.**

2.2. **ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA:** termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou a extensão na qual o Seguro ou a cobertura é válida. Sinônimo: Perímetro de Cobertura.

2.3. **APÓLICE:** é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a celebração do Contrato de Seguro.

2.4. **BENEFICIÁRIO(S):** pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) livremente indicada(s) pelo Segurado e perfeitamente identificável(is), a favor da(s) qual(is) é pago o Capital Segurado, em caso de ocorrência do sinistro.

2.5. **BOA-FÉ:** um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do Contrato e na determinação dos compromissos assumidos.

2.6. **CAPITAL SEGURADO:** importância máxima a ser paga ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

2.7. **CARÊNCIA:** período contínuo de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado não terá direito à integralidade da(s) cobertura(s) contratual(is), sendo inexistente em caso de acidente pessoal.

2.8. **CERTIFICADO INDIVIDUAL:** documento que comprova a inclusão do Segurado na apólice coletiva.

2.9. **COBERTURAS:** obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

2.10. **CONDIÇÕES GERAIS:** conjunto de cláusulas contratuais que estabelece as características operacionais do plano de Seguro e rege obrigações e direitos do Segurado, do(s) Beneficiário(s), do Estipulante e da sociedade Seguradora.

2.11. **CONTRATO:** instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e do(s) Beneficiário(s).

2.12. **DIÁRIA SEGURADA:** importância a ser paga ao Segurado em função do valor estabelecido para as coberturas de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), vigente na data do evento.

2.13. **DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS:** conjunto de condições que regem a contratação.

2.14. **ESTIPULANTE:** pessoa física ou jurídica que contrata a apólice coletiva de Seguros, ficando investida dos poderes de representação dos Segurados perante a sociedade Seguradora, nos termos destas condições gerais e da regulamentação em vigor.

2.15. **EVENTO COBERTO:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) cobertura(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.16. **EXCEDENTE TÉCNICO:** saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice Coletiva, em determinado período.

2.17. **FRANQUIA:** período de tempo em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há cobertura pelo Seguro, suportando o Segurado as suas consequências.

2.18. **GRUPO SEGURADO:** aquele constituído pelos componentes do grupo segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro.

2.19. **GRUPO SEGURÁVEL:** aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantém vínculo com o Estipulante que podem aderir ou ser incluídas no Seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

2.20. **HOSPITAL/CLÍNICA:** estabelecimento legalmente autorizado a funcionar como tal e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) médico e 1 (um) enfermeiro diplomado, possuindo serviço de enfermagem, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas do dia.

2.21. **INDENIZAÇÃO:** valor devido pela Seguradora, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), limitada ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado.

2.22. **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** para fins deste Seguro, caracteriza-se como o período de tempo mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança pelo hospital/clínica de uma Diária Hospitalar. Em casos de hospitais gratuitos, deverá ser apresentada a documentação que comprove a internação hospitalar.

2.23. **PERÍODO INDENIZÁVEL:** período máximo, definido nas Disposições Contratuais, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado fará jus ao recebimento da diária contratada para as coberturas de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA). **Os períodos de afastamento indenizados não poderão superar o limite do período indenizável.**

2.24. **PERÍODO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL:** período de tempo correspondente ao prêmio efetivamente pago, durante o qual o Segurado está coberto por este Seguro.

2.25. **PRÊMIO:** valor que o Segurado Principal e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora para que esta assuma a responsabilidade pela(s) cobertura(s) contratada(s).

2.26. **PROPONENTE:** pessoa física, interessada em aderir ao plano de seguro, nos termos destas Condições Gerais.

2.27. **PROPOSTA DE ADESÃO:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.28. **PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO:** documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, por meio do qual o Estipulante manifesta sua vontade de contratar o Seguro em proveito dos componentes do grupo segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

2.29. **REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES:** aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações neste mesmo período.

2.30. **RISCOS EXCLUÍDOS: eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização.**

2.31. **SEGURADO:** Proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.

2.32. **SEGURADORA:** Angelus Seguros S/A., devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

2.33. **SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL:** procedimentos necessários à realização do funeral e traslado do corpo do Segurado, dentre outros, obedecidos os limites e as condições estabelecidas nas Disposições Contratuais, no caso de opção pela prestação de serviço da cobertura de Auxílio Funeral por Morte Acidental (AUX-MA).

2.34. **SINISTRO:** ocorrência de um evento coberto previsto contratualmente.

2.35. **VIGÊNCIA DO SEGURO:** período de tempo durante o qual a apólice permanece em vigor, nos termos do contrato firmado entre a sociedade Seguradora e o Estipulante.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. Este Seguro oferece as seguintes coberturas, que podem ser contratadas isoladamente umas das outras.

3.1.1. MORTE ACIDENTAL (MA)

3.1.1.1. É a cobertura que garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma indenização em caso de falecimento do Segurado, decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

3.1.1.2. **A cobertura de Morte Acidental, nos Seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, limitado ao Capital Segurado previsto para a cobertura Suplementar de Inclusão de Filhos, em caso de falecimento do filho ou enteado do Segurado, decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto.** As despesas devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, as quais podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

3.1.1.3. **O(s) Beneficiário(s) não terão direito à indenização caso o Segurado se suicide nos dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso.**

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

3.1.2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

3.1.2.1. É a cobertura que garante ao Segurado o pagamento de uma indenização, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

3.1.2.2. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar uma indenização aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau de invalidez previstas para referido órgão/membro na **Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente (anexo às presentes Condições Gerais)** e ainda aplicados sobre o Capital Segurado vigente na data do acidente.

3.1.2.3. Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado,

independentemente da sua profissão. Sendo possível constatar apenas o grau da perda e/ou redução (máximo, médio e mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado contratado.

3.1.2.4. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, **sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.**

3.1.2.5. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização total.

3.1.2.6. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

3.1.2.7. **A invalidez permanente deve ser comprovada por meio de declaração médica e exames complementares. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta cobertura.**

3.1.2.8. **Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez permanente total por acidente, ou seja, uma invalidez avaliada em um grau de 100%, o Seguro será automaticamente cancelado.**

3.1.2.9. **A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).**

3.1.3. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

3.1.3.1. É a cobertura que garante ao Segurado o pagamento de uma indenização, relativa à perda ou impotência funcional definitiva total de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada por acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

3.1.3.2. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, **serão indenizados exclusivamente os casos de invalidez permanente que seguem:**

- a) a perda total da visão de ambos os olhos;
- b) a perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c) a perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d) a perda total do uso de ambas as mãos;

- e) a perda total do uso de um membro superior e um inferior;
- f) a perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) a perda total do uso de ambos os pés; e
- h) a alienação mental total incurável.

3.1.3.3. Em caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, não caberá pagamento de indenização. Quando se tratar de lesões múltiplas, serão indenizados os casos em que o somatório dos graus de invalidez, determinados conforme Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, seja igual ou superior a 100% (cem por cento).

3.1.3.4. O limite para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) será sempre igual ao Capital Segurado contratado.

3.1.3.5. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão que já não tinha sua capacidade plena antes do acidente, deve ser reduzida do grau de invalidez definitiva.

3.1.3.6. A invalidez permanente deve ser comprovada por meio de declaração médica e exames complementares. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta cobertura.

3.1.3.7. Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez permanente total por acidente, o Seguro será automaticamente cancelado.

3.1.3.8. A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

3.1.4. AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL (AUX-MA)

3.1.4.1. É a cobertura que garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado, por morte acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

3.1.4.2. O eventual reembolso será efetuado diretamente ao responsável pelo pagamento das despesas com funeral, mediante comprovação por meio da apresentação de notas fiscais originais.

3.1.4.3. As Disposições Contratuais estabelecerão os itens cobertos para a prestação dos serviços de Assistência Funeral, que serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços.

3.1.4.4. A opção pela utilização de serviços de Assistência Funeral faz cessar o direito a qualquer reembolso ou indenização de quaisquer despesas.

3.1.4.5. A rede de prestadores de serviço credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora.

3.1.4.6. O meio de traslado do corpo será decidido pela prestadora de serviços. Havendo discordância do meio escolhido, a prestadora de serviços somente arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.

3.1.4.7. Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo Seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta Cobertura, se a cobertura for devida.

3.1.5. DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)

3.1.5.1. É a cobertura que garante ao Segurado o reembolso, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, incorridas a critério e sob orientação médica, necessárias ao restabelecimento do Segurado, realizadas em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

3.1.5.2. As indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas quando o acidente pessoal ocorrer dentro do período de vigência do Seguro contratado e desde que o tratamento seja iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do acidente pessoal.

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

3.1.6. DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA)

3.1.6.1. É a cobertura que garante ao Segurado o pagamento de uma Diária Segurada, para cada dia de internação hospitalar deste, realizadas em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

3.1.6.2. A quantidade de diárias contratadas será definida nas Disposições Contratuais e é **limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e vigência do Seguro, respeitado o prazo de franquia de 1 (um) dia, conforme estabelecido no item 8.2.**

a) a contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.

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

3.1.7. DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA)

3.1.7.1. É a cobertura que garante ao Segurado o pagamento de uma Diária Segurada, em função da impossibilidade contínua e ininterrupta, ocasionada pelo evento acidente pessoal, do mesmo em exercer sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

3.1.7.2. A quantidade de diárias contratadas será definida nas Disposições Contratuais e **é limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, respeitado o prazo de franquia, conforme estabelecido no item Erro!** Fonte de referência não encontrada..

a) a contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia, a ser estabelecido no contrato, sendo de no máximo 15 (quinze) dias.

3.1.7.3. **Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.**

3.1.8. CESTA BÁSICA POR MORTE ACIDENTAL (CB-MA)

3.1.8.1. É a cobertura que garante ao(s) Beneficiário(s), o pagamento de indenização, em decorrência de morte acidental do Segurado, a título de auxílio-alimentação, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

3.1.8.2. **Esta Cobertura somente será devida se caracterizada a Cobertura de Morte Acidental (MA).**

3.1.8.3. O pagamento da indenização ao(s) Beneficiário(s) será efetuado em espécie, podendo optar ainda pelo pagamento da indenização dentre as opções a seguir:

a) por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos; ou

b) pelo crédito em cartão magnético.

3.1.9. FRATURA ÓSSEA POR ACIDENTE (FOA)

3.1.9.1. É a cobertura que garante ao Segurado, o pagamento de uma indenização calculada de acordo com os percentuais indicados na Tabela de Fraturas Cobertas (anexo às presentes Condições Gerais) aplicados sobre o valor do Capital Segurado definido para esta cobertura, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

3.1.9.2. **A fratura de ossos, deve estar relacionada exclusivamente à ocorrência de acidente pessoal que não seja considerado Risco Excluído, e desde que, ocorrido durante o período de vigência do Seguro.**

3.1.9.3. Para fins desta cobertura, define-se como:

a) fratura completa: ocorre quando a fratura se dá em toda superfície do osso, ficando o mesmo dividido em duas partes distintas;

- b) fratura incompleta: ocorre quando a fratura acomete apenas parte da superfície óssea ficando os seguimentos ainda unidos;
- c) fratura cominutiva: mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso;
- d) fratura exposta: ocorre quando os tecidos moles sobrejacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior;
- e) fratura de Colles: fratura no osso rádio ao nível do punho; e
- f) fratura dos dedos: no mínimo de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo Segurado em um mesmo evento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste Seguro:

4.1. Os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;**
- b) **atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se resultantes de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **acidentes ou lesões preexistentes ao início da respectiva cobertura individual;**
- d) **suicídio e suas tentativas, ocorrido nos dois primeiros anos de vigência da cobertura individual ou de sua reabilitação depois de suspensão;**
- e) **tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- f) **atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;**
- g) **ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;**
- h) **atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro;**
- i) **ato terrorista, como tal reconhecido por autoridade competente;**
- j) **agravação intencional do risco por parte do Segurado; e**

k) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo.

4.2. Além dos riscos mencionados no item 4.1., estão também expressamente EXCLUÍDOS de cobertura os eventos decorrentes de:

a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;

b) parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;

c) choque anafilático e suas consequências, salvo se o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto;

d) envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas, exceto os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

e) acidentes ocorridos em consequência de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade, em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transportes ou de condução de autoridades ou de passageiros, em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, em aeronaves não homologadas, experimentais;

f) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;

g) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto; e

h) eventos excluídos do conceito de Acidente Pessoal constante do item 2.1 destas Condições Gerais.

4.3. Além dos itens mencionados nos itens 4.1. e 4.2., estão expressamente EXCLUÍDOS da cobertura de DMHO as despesas decorrentes de:

a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes; e

b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

4.4. Além dos itens mencionados nos itens 4.1. e 4.2., estão expressamente EXCLUÍDOS, mesmo que resultantes de acidente pessoal, as internações hospitalares e/ou incapacidades decorrentes de:

a) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

b) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;

c) tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);

- d) diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- e) tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;
- f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos;
- g) qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;
- h) tratamento por senilidade ou rejuvenescimento, ou repouso, ou emagrecimento e suas consequências;
- i) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- j) estados de convalescença (após a alta médica);
- k) tratamento cirúrgico da obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento e abrasão química e suas consequências;
- l) tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas;
- m) tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- n) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- o) internação domiciliar;
- p) procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório;
- q) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;
- r) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia; e
- s) investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação.

4.5. A cobertura de DITA se destina a cobrir a incapacidade de caráter aguda e temporária ocasionada pelo evento acidente pessoal durante a vigência do Seguro. Assim, além dos itens mencionados nos itens 4.1., 4.2. e 4.4., estão expressamente EXCLUÍDOS desta cobertura, as incapacidades resultantes, direta ou indiretamente, de:

- a) lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado;

- b) doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído “*burnout*”, e depressão, mesmo que ocasionadas por acidente pessoal;
- c) tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;
- d) gravidez, parto e/ou aborto e suas consequências, desde que não decorrentes de acidente pessoal;
- e) tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;
- f) tratamento clínico ou cirúrgico de *hallux valgus* (joanete);
- g) todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;
- h) afastamentos relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorroidas;
- i) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
- j) afastamento para tratamento cirúrgico de lesões ligamentares, articulares e ósseas dos joelhos, exceto se ocasionado por acidente pessoal coberto;
- k) afastamentos por motivo de bronquite crônica, diabetes, hepatites crônicas e suas consequências;
- l) tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências; e
- m) cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências.

4.6. Além dos itens mencionados nos itens 4.1. e 4.2., estão expressamente EXCLUÍDOS da cobertura de AUX-MA as despesas decorrentes de:

- a) roupas em geral;
- b) anúncio em rádio ou jornal;
- c) missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
- d) xerox da documentação;
- e) café, bebidas e refeições em geral;
- f) compra de Jazigo;
- g) confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
- h) lápides e/ou gravações;
- i) cruzeiros;

- j) reforma em geral no jazigo;
- k) exumação de corpo em jazigo da família;
- l) custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
- m) necromaqueiagem;
- n) técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, deduzindo esta despesa do padrão desta assistência; e
- o) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta Cobertura, ou superiores ao Capital Segurado contratado.

4.6.1. Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente assistência.

4.7. Além dos itens mencionados nos itens 4.1. e 4.2., estão expressamente EXCLUÍDOS da cobertura de FOA quando a fratura de ossos ocorrer em consequência de:

- a) osteoporose (porosidade no osso causada por diminuição progressiva da densidade óssea);
- b) fraturas patológicas, entendidas como aquelas nas quais o osso é fraturado em uma área enfraquecida por uma doença, por um grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tal como tumor ósseo, metástase de tumores e doenças do metabolismo ósseo (osteoporose); e
- c) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Para as coberturas de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Auxílio Funeral por Morte Acidental (AUX-MA), Cesta Básica por Morte Acidental (CB-MA) e Fratura Óssea por Acidente (FOA) a abrangência se aplicam para eventos cobertos ocorridos em qualquer local do Globo terrestre.

5.2. Para as Coberturas de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO), Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) a abrangência se aplica para eventos cobertos ocorridos dentro do território nacional.

6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

6.1. A contratação ou alteração do contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros, sendo solicitado:

a) o CPF ou, na falta deste, o RG, Carteira de Trabalho, Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento ou outro documento oficial de identificação que possua validade no território nacional.

6.2. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco por parte da Seguradora.

6.3. A recusa da proposta será informada mediante remessa de carta ao proponente, num prazo máximo de 15 dias, a contar da data de recebimento e protocolo da proposta pela Seguradora.

6.4. A Seguradora poderá solicitar quaisquer outros documentos necessários para análise do risco individual, e neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso e terá continuidade após a entrega do respectivo documento solicitado. Se a solicitação de documento se der ao proponente, pessoa física, esta poderá ser feita apenas uma vez durante o referido prazo.

6.5. Caso o Seguro venha a ser recusado, dentro do prazo estipulado, a Seguradora enviará uma comunicação formal com a devida justificativa da recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

6.6. No caso de recusa do risco, em que tenha adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o proponente tem direito a cobertura do Seguro entre a data de recebimento da proposta até a data da formalização da recusa. O valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura do Seguro.

6.7. Para cada Segurado admitido no Seguro, deverá ser emitido certificado individual que caracterize sua aceitação no plano, constando o Capital Segurado vigente no momento da adesão, data de início e de término de vigência do seguro e a identificação do Segurado.

7. PERÍODO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

7.1. O prazo de vigência do Seguro varia conforme estabelecido no contrato, podendo ser renovado automaticamente uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas nestas Condições Gerais, que trata do cancelamento do Seguro, ou se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar por escrito o desinteresse pela renovação, salvo disposição contrária constante do contrato.

7.2. O início e término de vigência do risco individual será às 24 horas, das datas estabelecidas no Certificado do Seguro. No início da vigência do Seguro, bem como nas renovações subsequentes, a Seguradora providenciará a emissão dos certificados individuais.

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

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

7.5. Deve ser observado que se houver ajuste que implique em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, sua aplicação dependerá da anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

7.6. Para as propostas recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta pela Seguradora ou de data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

7.7. Para as propostas recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será a partir da data de recepção da proposta pela sociedade Seguradora.

8. CARÊNCIA E FRANQUIA

8.1. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente, **exceto para a hipótese de suicídio e sua tentativa ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos**, a contar da adesão do Segurado ao Seguro.

8.2. A cobertura de **Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA)** está sujeita a franquia de 1 (um) dia, ou seja, somente estarão cobertas pelo Seguro as internações hospitalares efetivadas a partir, inclusive, do segundo dia da respectiva internação hospitalar.

8.3. A cobertura de **Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA)** está sujeita à franquia, que será definida nas Disposições Contratuais, para cada evento, a partir da data de afastamento do Segurado da sua atividade profissional ou ocupação. Durante este período o Segurado não terá direito à cobertura contratada. O período da franquia nunca será superior a 15 (quinze) dias.

9. COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE E/OU FILHO(S)

9.1. Quando previsto no Contrato de Seguro, poderão ser incluídos no Seguro, o Cônjuge e/ou Filho(s) do Segurado Principal.

9.2. Conforme especificado no Contrato de Seguro, a inclusão de Cônjuge e/ou Filho(s) no Seguro poderá ser feita das seguintes formas:

a) **Adesão Automática**, quando abranger o Cônjuge e/ou Filho(s) de todos os Segurados Principais; ou

b) **Adesão Facultativa**, quando abranger o Cônjuge e/ou Filho(s) dos Segurados Principais que assim o autorizarem.

b.1) Na contratação de forma facultativa, o Segurado Principal deverá fornecer, obrigatoriamente, informações sobre o Cônjuge e/ou Filho(s) como o nome completo, número único de identificação e grau de parentesco, no mínimo.

9.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, as mesmas definições estabelecidas nas respectivas Coberturas contratadas para o Segurado Principal.

9.4. Inclusão de Cônjuge:

9.4.1. Equiparam-se ao Cônjuge o(a) companheiro(a) do Segurado Principal, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

9.4.2. **Não poderá participar desta Cobertura Suplementar, o Cônjuge que faça parte do Grupo Segurado como Segurado, ainda que tenha pago o Prêmio, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.**

9.4.3. **Todas as coberturas deste Seguro poderão ser contratadas para o Cônjuge, desde que também contratadas para o Segurado Principal.** As coberturas serão informadas contratualmente obedecendo obrigatoriamente as mesmas disposições estabelecidas para o Segurado Principal nestas Condições Gerais e nas respectivas coberturas, eventualmente contratadas, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis exclusivamente ao Cônjuge.

9.4.4. **O Capital Segurado do Cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato de Seguro.**

9.4.5. Na hipótese da contratação das coberturas de Morte Acidental (MA) e Cesta Básica por Morte Acidental (CB-MA) para o Cônjuge, a indenização será paga ao Segurado Principal. Em caso de coberturas que não estejam relacionadas à sua morte, a indenização, quando cabível, será ao próprio Cônjuge.

9.4.6. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto no item 16 destas Condições Gerais, deverão ser apresentados, além dos documentos básicos relacionados na(s) cobertura(s) eventualmente contratada(s), a comprovação da condição de Cônjuge, por meio de:

- a) Certidão de Casamento atualizada; ou
- b) Provas de união estável.

9.5. Inclusão de Filho(s):

9.5.1. Equiparam-se ao(s) Filho(s), o(s) enteado(s) e o(s) menor(es) considerado(s) dependente(s) do Segurado Principal conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda - IRPF, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.

9.5.2. **Quando ambos os Cônjuges forem Segurados Principais do mesmo Grupo Segurado, o(s) Filho(s) poderá(ão) ser incluído(s) uma única vez, como dependente(s) daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal.**

9.5.3. **Todas as coberturas poderão ser contratadas para o(s) Filho(s), com exceção da cobertura de Cesta Básica por Morte Acidental (CB-MA), desde que também contratadas para o Segurado Principal.** As coberturas serão informadas contratualmente, obedecendo obrigatoriamente as mesmas disposições estabelecidas para o Segurado Principal nestas Condições Gerais e nas respectivas

Coberturas, eventualmente contratadas, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis exclusivamente ao(s) Filhos(s).

9.5.4. O Capital Segurado do(s) Filho(s) não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato de Seguro.

a) **Para os menores de 14 (quatorze) anos esta Cobertura Suplementar, independentemente do Capital Segurado, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, em caso de falecimento do filho ou enteado do Segurado, decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto, e desde que devidamente comprovadas com as notas fiscais originais, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

9.5.5. Na hipótese da contratação da cobertura de Morte Acidental (MA) para o Filho, a indenização será paga ao Segurado Principal. Em caso de coberturas que não estejam relacionadas à sua morte, a indenização, quando cabível, será ao próprio Filho.

9.5.6. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 16, deverão ser apresentados, além dos documentos básicos relacionados na(s) cobertura(s) eventualmente contratada(s), a comprovação da condição de Filho, por meio de:

- a) Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (carteira de identidade); e
- b) CPF (Cadastro de Pessoa Física).

9.5.7 Para a análise do pagamento da indenização de enteados ou menores considerados dependentes do Segurado, equiparados a filhos, a comprovação da condição de dependente deve ser feita por meio de Declaração de Imposto de Renda, além de:

- a) Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (carteira de identidade) do menor;
- e
- b) CPF (Cadastro de Pessoa Física).

10. PAGAMENTO DE PRÊMIO

10.1. O custeio do Seguro pode ser:

- a) **Não contributário**, em que os Segurados não pagam o prêmio; ou
- b) **Contributário**, em que os Segurados pagam prêmio, total ou parcialmente.

10.2. Os prêmios de Seguro poderão ser pagos pelo Segurado e/ou Estipulante/Subestipulante nas formas à vista, mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral e anual. Qualquer Capital Segurado somente será devido se comprovado que o pagamento do respectivo prêmio ocorreu até a data de vencimento estipulada.

10.3. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, **ficando este responsável por seu repasse à Seguradora**, conforme Disposições Contratuais. **O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não prejudicará o Segurado.**

10.4. **É expressamente vedado ao Estipulante e à Seguradora o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do Seguro.** Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio. **É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.**

10.5. **Este plano de Seguro é estruturado no regime financeiro de repartição simples e devido à natureza deste regime, não é devida a concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada pagamento é destinado a custear o risco inerente à indenização no período.**

10.6. Quando a data de vencimento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

10.7. O não pagamento dos prêmios pelo Segurado ou Estipulante à Seguradora até a data convencionada redundará em 2% de multa e aplicação de juros de mora à base de 1% ao mês sobre o valor da fatura, não sendo prevista atualização monetária.

11. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DA COBERTURA

11.1. **Se o pagamento do prêmio não for efetivado, até a data de vencimento estabelecida, a cobertura estará automaticamente suspensa, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança, exceto se houver disposição contratual em contrário. No caso de ocorrência do sinistro, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à(s) cobertura(s) do Seguro. Neste caso, a Seguradora não cobrará o prêmio referente ao período de suspensão.**

11.2. **O período máximo de suspensão da cobertura a ser estabelecido nas condições contratuais é de 150 (cento e cinquenta) dias, consecutivos ou alternados, a contar do 1º (primeiro) dia de vigência do período de cobertura a que se referir à cobrança. Após este prazo, o Seguro será cancelado, conforme disposto no item 18.**

11.3. **No caso de retomado o pagamento do prêmio, a cobertura a que se referir a cobrança será restabelecida, passando a Seguradora a responsabilizar-se pelos sinistros ocorridos a partir de então.**

11.4. **Transcorridos 150 (cento e cinquenta) dias, consecutivos ou alternados, da data do vencimento do prêmio e não sendo este pago, o Seguro será cancelado sem que seja devida, ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s), qualquer indenização para evento ocorrido após àquela data, não sendo, da mesma forma, devolvidos os prêmios já pagos até aquele momento.**

12. CAPITAL SEGURADO

12.1. A indenização será equivalente ao valor de Capital Segurado devida na ocorrência de evento coberto, respeitado o contratado no certificado individual, observado os limites estabelecidos na apólice.

12.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, para todas as coberturas do Seguro, a **data do acidente**, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

13. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

13.1. O Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) somente será reintegrado em caso de invalidez parcial, e a reintegração será automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

13.2. Em caso de invalidez permanente total por acidente, não haverá reintegração do Capital Segurado relativo às coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e o Seguro será automaticamente cancelado.

13.3. A reintegração do Capital Segurado relativo às coberturas adicionais de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO), de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) e de Fratura Óssea por Acidente (FOA) é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

14. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

14.1. **Os Capitais Segurados e os prêmios serão atualizados no mês de aniversário da apólice, em função da variação positiva do índice IGPM/FGV (Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas), apurada nos 12 (doze) meses que antecedem aos três últimos meses de aniversário da apólice ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Os novos valores entrarão em vigor, automaticamente, e serão informados, através da emissão de novo certificado individual.**

14.2. A atualização monetária não se aplica às apólices com vigência igual ou inferior a um ano.

14.3. Alternativamente ao critério de atualização mencionado no item 14.1., poderá se estabelecer ainda, o recálculo anual no aniversário da apólice, para adequação dos valores do Capital Segurado, assim como os respectivos prêmios, aos novos valores de salários ou provento do Segurado, ou outros fatores objetivos conforme definido em Contrato e necessariamente expressos na Condições Gerais, na apólice, nos Certificados e nas Propostas.

14.4. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os Capitais Segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo IGPM/FGV (Índice Geral

de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas) até a data de ocorrência do sinistro, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

15. BENEFICIÁRIOS

15.1. O Segurado poderá indicar, pessoa(s) física(s) ou jurídica(s), perfeitamente identificável(is), a favor da(s) qual(is) será pago o Capital Segurado, na eventualidade da ocorrência de seu falecimento em decorrência de acidente pessoal coberto.

15.2. A qualquer tempo, o Segurado poderá alterar o(s) Beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolizada junto à sociedade Seguradora.

15.3. Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o Seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

15.4. Caso a Seguradora não seja cientificada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

15.5. Na ausência de indicação, os Beneficiários serão os definidos nos Artigos 792 e 793 do Código Civil Brasileiro, transcritos a seguir:

“Art. 792 – Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária”

Parágrafo Único – Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a Morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.”

“Art. 793 – É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

15.6. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO), Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) e Fratura Óssea por Acidente (FOA), o próprio Segurado será o Beneficiário.

15.7. Para a cobertura de Auxílio Funeral por Morte Acidental (AUX-MA), quando o(s) Beneficiário(s) optar(em) pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, a Seguradora, providenciará os mesmos conforme Disposições Contratuais. Neste caso, o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao reembolso de despesas com funeral.

15.8. Na cobertura de Auxílio Funeral por Morte Acidental (AUX-MA), em caso de opção pelo reembolso de despesas, o beneficiário será o responsável pelo pagamento das despesas com o funeral.

16. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

16.1. Em caso de sinistro, a sociedade Seguradora deverá ser imediatamente avisada pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s), observados os prazos prescricionais determinados em lei, que deverão provar sua ocorrência, pela entrega dos documentos listados nesta cláusula.

16.2. A partir da entrega de toda documentação exigível, a sociedade Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro. **Se a Seguradora não proceder a indenização no prazo estipulado, o valor a ser indenizado ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado vigente atualizado pela variação positiva do IGPM/FGV (Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas) apurada entre o último índice publicado antes da data do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação do sinistro, acrescido de 2% de multa e juros de mora de 1% ao mês transcorrido no período assim determinado.**

16.3. Os juros moratórios são contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização.

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

16.5. As indenizações decorrentes das coberturas de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Auxílio Funeral por Morte Acidental (AUX-MA), Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO) e Fratura Óssea por Acidente (FOA) serão pagas sob a forma de pagamento único.

16.6. As indenizações decorrentes da cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, respeitado o período indenizável de cada cobertura.

16.7. As indenizações decorrentes da cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), serão pagas mensalmente durante o período em que o Segurado se encontrar incapaz, observado o limite contratual máximo de cada cobertura.

16.8. É facultada à sociedade Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificada, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgar necessários à sua apuração. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente da data de entrega da documentação solicitada.

16.9. A ocorrência da morte acidental será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

- a) Formulário de aviso de sinistro, fornecido pelo Estipulante ou pela sociedade Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo reclamante;
- b) Cópia da Certidão de Óbito;
- c) Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial, se houver;

- d) Cópia da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), (se for o caso);
- e) Cópia do CPF e da Carteira de Identidade ou outro documento utilizado para identificação do Segurado;
- f) Cópia de um comprovante de residência em nome do Segurado que tenha sido emitido nos últimos seis meses;
- g) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Cópia do Laudo de Necropsia (IML) ou Certidão do Auto de Necropsia (se for o caso), se houver;
- i) Cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizados;
- j) Cópia do laudo da Perícia Técnica em local de acidente (se for o caso);
- k) Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- l) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- m) Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária; e
- n) Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

16.9.1. A indenização, desde que devidamente caracterizada a cobertura, será paga mediante apresentação dos seguintes documentos:

- a) Formulário de Autorização para pagamento de Indenização para cada Beneficiário;
- b) Cópia do CPF e da carteira de identidade ou outro documento utilizado para identificação de cada um dos Beneficiários;
- c) Cópia de um comprovante de residência em nome do(s) Beneficiário(s) que tenha sido emitido nos últimos seis meses.; e
- d) Formulário de declaração de únicos herdeiros preenchido e assinado.

16.9.2. **Se Beneficiário for Cônjuge, além dos documentos descritos no item 16.9.1, deverá apresentar também:**

- a) **Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado com averbação do óbito.**

16.9.3. **Se Beneficiário for companheiro, além dos documentos descritos no item 16.9.1, deverá apresentar também, a comprovação de união estável por ocasião do sinistro, mediante:**

- a) Escritura pública declaratória, que comprove união estável firmada em cartório; ou
- b) Comprovante de dependência junto ao INSS; e
- b) Comprovante de dependência econômica junto ao Imposto de Renda.

Nota 1: Em caso de Beneficiário(s) não alfabetizado(s), o Formulário de Autorização para pagamento de indenização deverá ser preenchido e assinado por seu representante, alfabetizado, maior, capaz, na presença de 2 (duas) testemunhas, maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. Deverão ser apresentados documentos de identificação (Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência), tanto do representante que assinar a rogo em favor do não alfabetizado, caso não se trate de beneficiário, como também das 2 (duas) testemunhas.

Nota 2: O(s) Beneficiário(s) menor de idade, deverão ser representados pelos tutores naturais (pai e mãe), ou na falta destes, por Tutor nomeado pelo juízo (Termo de Tutela). Deverão ser apresentados documentos de identificação (Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência) dos tutores naturais, ou do tutor nomeado, bem como cópia do Termo de Tutela.

Nota 3: O(s) Beneficiário(s) maior(es) incapaz(es), deverão ser representados por Curador nomeado pelo juízo (Termo de Curatela). Deverão ser apresentados documentos de identificação (Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência) do Curador, bem como cópia do Termo de Curatela.

16.10. Se contratada a cobertura de Auxílio Funeral por Morte Acidental (AUX-MA), além dos documentos listados no item 16.9., será necessária a apresentação dos seguintes documentos para reembolso de despesas com funeral:

- a) Originais dos comprovantes das despesas com funeral;
- b) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do custeador das despesas com funeral.
 - b.1.) Se o custeador for Pessoa Jurídica, encaminhar: cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social, em caso de termo de Cessão à empresa.

16.10.1. Tendo sido feita a opção pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, o(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito ao reembolso de despesas com funeral.

16.11. Em caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente:

- a) Formulário de aviso de sinistro, fornecido pelo Estipulante ou pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo reclamante;

- b) Formulário de Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópia do CPF e da Carteira de Identidade ou outro documento utilizado para identificação do Segurado;
- d) Cópia de um comprovante de residência em nome do Segurado que tenha sido emitido nos últimos seis meses;
- e) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- f) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- h) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- i) Radiografia e resultados de exames realizados;
- j) Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- k) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- l) Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária; e
- m) Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

16.11.1. Além dos documentos listados no item 16.11., deve ser apresentado relatório do médico assistente, com firma reconhecida, informando:

- a) Diagnóstico;
- b) Alta definitiva;
- c) Tratamento usado;
- d) Grau de invalidez; e
- e) Reconhecimento do estado de invalidez permanente total ou parcial.

16.11.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica e exames complementares. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

16.12. Se contratada a cobertura de Cesta Básica por Morte Acidental (CB-MA), serão solicitados os documentos listados no item 16.9.

16.12.1. Para a cobertura de Cesta Básica por Morte Acidental (CB-MA), estão definidas as seguintes formas de fornecimento da cesta básica:

16.12.1.1. Descrição do fornecimento de cesta por meio de entrega de gêneros alimentícios:

- a) Se a opção for entrega de cestas de alimentos, estas serão entregues ao(s) Beneficiário(s) do Segurado, de acordo com o valor referencial e periodicidade estabelecidos contratualmente.
- b) O valor referencial abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.
- c) A composição da cesta de alimentos poderá ser alterada em consequência da oferta de mercado e/ou oscilações de preço. Por este motivo, os itens poderão ser substituídos em quantidade ou marca e/ou excluídos para manter o limite referencial de valor.
- d) As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).
- e) Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo(s) Beneficiário(s).

16.12.1.2. Descrição do fornecimento de cesta por meio de cartão de crédito magnético:

- a) Se a opção for pelo pagamento da Indenização por intermédio de crédito em cartão magnético destinado para tal fim, a Seguradora ou prestador de serviços por ela autorizado fornecerá cartão magnético e senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.
- b) Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

16.12.1.3. Descrição do fornecimento de cesta por meio do pagamento em espécie:

- a) Se a opção for pelo pagamento da Indenização em espécie, o pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

16.13. Se contratada a cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO), deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- a) Formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Formulário de Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;

- c) Cópia do CPF e da Carteira de Identidade ou outro documento utilizado para identificação do Segurado;
- d) Cópia de um comprovante de residência em nome do Segurado que tenha sido emitido nos últimos seis meses;
- e) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- f) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- h) Cópia do Laudo da Perícia Técnica realizado no local do acidente, se houver;
- i) Radiografias e/ou resultados dos exames realizados;
- j) Notas fiscais e recibos originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas. No caso de retenção das Notas Fiscais originais pela Seguradora garantidora do Seguro obrigatório DPVAT, em caso de acidente automobilístico, serão aceitas cópias autenticadas das Notas Fiscais, desde que acompanhadas de declaração emitida pelo responsável da referida Seguradora, indicando quais as notas originais retidas, e informando o valor que será reembolsado a título de primeiro risco através do DPVAT;
- k) Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- l) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
- m) Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária; e
- n) Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

16.14. Se contratada a cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- a) Formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Formulário de Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópia do CPF e da Carteira de Identidade ou outro documento utilizado para identificação do Segurado;
- d) Cópia de um comprovante de residência em nome do Segurado que tenha sido emitido nos últimos seis meses;

- e) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- f) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- h) Cópia do Laudo da Perícia Técnica realizado no local do acidente, se houver;
- i) Documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;
- j) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- k) Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- l) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
- m) Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária; e
- n) Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

16.14.1. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no Formulário de aviso de sinistro e nos comprovantes da internação hospitalar.

16.14.2. Caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar, eventuais diárias a serem indenizadas serão pagas ao(s) Beneficiário(s) até a data do falecimento.

16.15. Se contratada a cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- a) Formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Formulário de Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópia do CPF e da Carteira de Identidade ou outro documento utilizado para identificação do Segurado;
- d) Cópia de um comprovante de residência em nome do Segurado que tenha sido emitido nos últimos seis meses;
- e) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;

- f) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- h) Cópia do Laudo da Perícia Técnica realizado no local do acidente, se houver;
- i) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;
- j) O atestado de médico habilitado, em formulário a ser fornecido pela Seguradora, indicando o prazo de duração previsto em função da incapacidade adquirida pelo Segurado;
- k) Formulário de comprovação de acidente de trabalho e/ou acidente pessoal, caso houver;
- l) Documentos de baixa hospitalar expedido pela administração do hospital (em caso de internação para realização de cirurgia);
- m) Cópia autenticada do comprovante de renda, se profissional autônomo, a declaração do imposto de renda e/ou declaração do contador, se profissional com vínculo empregatício, o contracheque;
- n) Cópia da Ficha de Registro de Emprego, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- o) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
- p) Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária; e
- q) Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

16.16. Se contratada a cobertura de Fratura Óssea por Acidente (FOA), deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Formulário de Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópia do CPF e da Carteira de Identidade ou outro documento utilizado para identificação do Segurado;
- d) Cópia de um comprovante de residência em nome do Segurado que tenha sido emitido nos últimos seis meses;
- e) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;

- f) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- h) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- i) Radiografia e resultados de exames realizados (a radiografia deve ser tirada quando o osso estiver fraturado, antes da consolidação);
- j) Relatório detalhado do médico atestando a fratura, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento, as circunstâncias, as consequências do acidente sofrido, bem como o tratamento prescrito;
- k) Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- l) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
- m) Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária; e
- n) Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

16.17. 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.

16.17.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Sociedade Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

16.17.2. 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.

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

16.18. No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

16.18.1. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o Capital Segurado contratado, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

16.19. **O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.**

16.20. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

17. CANCELAMENTO DO SEGURO E ALTERAÇÃO CONTRATUAL

17.1. O presente Seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de Segurados que representem no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

17.2. No caso de rescisão total ou parcial do Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa tanto da Seguradora quanto do Estipulante e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo de vigência decorrido.

17.3. O Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

17.4. As características do Seguro, como prêmios, coberturas e limites, serão reavaliados anualmente, tomando como base a experiência no período anterior, para manter o equilíbrio técnico-actuarial da apólice. Quando houver necessidade de alteração do prêmio, isto será feito em comum acordo entre as partes.

17.5. Nos Seguros contributários, o prêmio dos Segurados vigentes só poderá ser alterado mediante anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, ressalvado o disposto no item 14 quando aplicável.

17.6. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos também dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

18. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

18.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

18.2. Ocorrerá a cessação da cobertura do Seguro e cancelamento do Seguro individual, nos seguintes casos:

- a) Com a morte do Segurado Principal;
- b) Com o pagamento de sinistro vinculado às coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), desde que a invalidez apresentada pelo Segurado seja total, ou seja, avaliada em um grau de 100% (cem por cento);
- c) Por solicitação do Segurado Principal, mediante comunicação por escrito;

- d) Automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus Beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- e) Pela inobservância das obrigações convencionadas no Seguro, por parte do Segurado, seus Beneficiários ou prepostos;
- f) Com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da Apólice;
- g) Automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado no ato da contratação e/ou durante a vigência do contrato;
- h) Com a extinção do vínculo entre Segurado e Estipulante, podendo, neste caso, o Segurado optar por continuar com as mesmas coberturas e Capitais Segurados, assumindo os custos do risco e de cobrança;
- i) Caso não seja retomado o pagamento dos prêmios em atraso até o prazo de 150 (cento e cinquenta) dias, contados da data de vencimento da primeira parcela em atraso, não produzindo o contrato efeitos, direitos ou obrigações desde a data inicial da inadimplência e não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

18.3. Ocorrerá a cessação de cobertura para os Segurados Dependentes (Cônjuge e/ou Filhos), quando incluídos no Seguro:

- a) Com a exclusão do Segurado Titular por qualquer motivo;
- b) Por solicitação do Segurado Principal;
- c) Se for cancelada a cobertura do Segurado Dependente;
- d) Em caso de cessação da condição de Segurado Dependente, conforme estabelecem as respectivas Cláusulas Suplementares de Inclusão de Cônjuge e/ou Filho(s), seja ou não comunicado este fato à Seguradora e independentemente da cobrança do Prêmio.

19. PERDA DO DIREITO À(S) GARANTIA(S) DO SEGURO

19.1. O Segurado ou o(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à(s) garantia(s) do Seguro, caso haja por parte do(s) mesmo(s), seus representantes ou prepostos, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando o risco.

19.2. Haverá a perda do direito à garantia do Seguro se forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas por parte do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários, que tenham influenciado na sua aceitação ou ainda na obtenção da indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

19.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade Seguradora poderá:

I) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II) Na hipótese de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- a) o Seguro será cancelado, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao período decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, dar continuidade ao Seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.

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

19.5. Após a comunicação do Segurado, a Seguradora disporá de até 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, para dar-lhe ciência por escrito, de sua decisão de cancelar o Seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

19.6. O cancelamento do Seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

19.7. O Contrato será nulo para cobertura de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.

19.8. O(s) Beneficiário(s) não terão direito ao Capital Segurado quando o Segurado se suicidar nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial da cobertura individual ou de sua recondução, quando suspenso o contrato.

20. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE

20.1. Constituem obrigações do Estipulante e/ou Subestipulante:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e a aceitação do risco, previamente estabelecidas por ela, incluindo os dados cadastrais;
- b) Manter a Seguradora informada a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro ou acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato;
- d) Discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Deverão constar dos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos Segurados, explicitamente, os valores de prêmio do Seguro, a Seguradora

responsável pelo recebimento dos prêmios, e a informação, em destaque, de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do Seguro;

e.1) Os pagamentos de prêmios de Seguros efetuados por meio de desconto em folha deverão ser registrados em rubrica específica pela sociedade Seguradora garantidora do risco ou, no caso de cosseguro, pela Seguradora líder;

e.2) Na hipótese de o Segurado dispor de mais de um contrato de Seguro com a mesma Seguradora, os valores referentes a cada contrato devem estar discriminados no instrumento de cobrança, mesmo quando o sistema de pagamento for efetuado por meio de desconto em folha.

f) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

g) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

h) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitido para o Segurado;

i) Comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

j) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e dos prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

k) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado;

l) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;

m) Nos Seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos sujeita o Estipulante ou Subestipulante às cominações legais;

n) Responder solidariamente com o Subestipulante e vice-versa com o Estipulante no caso de apólices caracterizadas pela contratação de diferentes subgrupos as responsabilidades e as obrigações provenientes deste Seguro.

20.2. Fica expressamente vedado ao Estipulante e ao Subestipulante, nos Seguros contributários:

a) Cobrar dos Segurados taxa de inscrição ou de intermediação, ou quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;

b) Fazer qualquer modificação na apólice vigente ou rescindir o contrato, sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado;

c) Efetuar propaganda e promoção do Seguro sem a prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro que será contratado;

d) Vincular a contratação de Seguros a qualquer de seus produtos.

21. DO EXCEDENTE TÉCNICO

21.1. Poderá ocorrer a reversão de Excedente Técnico, conforme estabelecido no Contrato.

21.2. Poderá ser estabelecido no contrato um número médio mínimo de vidas ativas durante o período de apuração, a partir do qual haverá a reversão de Excedente Técnico.

21.3. Na hipótese de reversão, será considerado Excedente Técnico o saldo positivo (se houver), entre as receitas e as despesas.

21.4. As definições dos itens que compõe as receitas e despesas serão especificadas no contrato do Seguro.

21.5. No caso de resultado positivo, a Seguradora repassará a título de Excedente Técnico ao Estipulante o percentual estabelecido no Contrato.

21.6. Respeitado o critério de apuração estabelecido nos itens anteriores, a reversão de Excedente Técnico ocorrerá após o 1º ano de Vigência da Apólice.

21.7. A distribuição de Excedente Técnico será realizada após o término de Vigência anual da Apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de Excedente Técnico.

21.8. Nos Seguros parcial ou totalmente contributários, o Excedente Técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, conforme estabelecido no Contrato.

22. FORO

22.1. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do Segurado ou Beneficiário para dirimir toda e qualquer dúvida proveniente direta ou indiretamente deste Seguro.

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital Segurado
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital Segurado
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quanto o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-sacro da coluna vertebral	25

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital Segurado
Parcial de Membros Superiores	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	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 de um dos dedos médios	12

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital Segurado
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivale a 1/3 do valor do dedo respectivo.	

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital Segurado
Parcial de Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-Peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivale 1/2, e dos demais dedos, equivale a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- De 4 (quatro) centímetros	10	
- De 3 (três) centímetros	6	
	- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital Segurado
Diversas	Mandíbula	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	5
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	Nariz	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
Perda do olfato com alterações gustativas	10	
	Aparelho visual e anexos do olho	

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital Segurado
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	7
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra	
	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
	Aparelho da fonação	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Sistema auditivo	
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total das duas orelhas	16

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital Segurado
	Perda do baço	15
	Aparelho Urinário	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência Urinária permanente	30
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de um único	75
	Aparelho Genital e Reprodutor	
	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

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital Segurado	
	Perda do útero antes da menopausa	30	
	Perda do útero depois da menopausa	10	
	Pescoço		
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15	
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15	
	Traqueostomia definitiva	40	
	Tórax		
	Aparelho respiratório		
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10	
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total)		
	Com função respiratória preservada	15	
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25	
	com redução em grau médio da função respiratória	50	
	com insuficiência respiratória	75	

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital Segurado
Diversas	Mamas (femininas)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	Abdomem (orgão e vísceras)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	Intestino delgado	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	Intestino grosso	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colestomia definitiva	40
	Reto e Anus	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	Fígado	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Síndromes Neurológicas	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidocefalia)	20
	Síndrome pós-concussional	5

TABELA DE FRATURAS COBERTAS

Cobertura por Fratura Óssea	% Sobre o Capital Segurado
Vértebra Cervical	100
Quadril ou Pelve ou Bacia	80
Crânio	53
Fêmur, Calcâneo, Úmero	40
Tornozelo, Perna, Cotovelo, Punho (ossos do carpo), Clavícula	27
Pescoço	25
Vértebra Torácica ou Lombar (cada)	20
Osso esterno, patela (rótula)	13
Mão (metacarpos, exceto dedos e ossos do carpo)	11
Pés (exceto calcâneo e dedos do pé), Cóccix	10
Face ou Nariz (exceto Crânio e Maxilar)	4
Costelas (cada)	3
Dedos da Mão e do pé (cada)	1