

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Condições Gerais

Versão 3.0

CNPJ 61.074.175/0001-38

Processo SUSEP nº 15414.000357/2011-64

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS	4
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	4
2. DEFINIÇÕES	4
3. COBERTURAS DO SEGURO	6
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	9
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	11
6. INCLUSÃO DO SEGURADO.....	11
7. CARÊNCIA.....	11
8. FRANQUIA.....	11
9. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	11
10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	12
11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	12
12. CAPITAIS SEGURADOS	12
13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	12
14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	13
15. PAGAMENTO DO PRÊMIO	13
16. REAVALIAÇÃO DE TAXA.....	14
17. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO.....	14
18. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO.....	14
19. CANCELAMENTO DO SEGURO	14
20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	14
21. PERDA DE DIREITOS	16
22. BENEFICIÁRIOS.....	17
23. SUB-ROGAÇÃO	17
24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	17
25. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA.....	18
26. PERÍCIA MÉDICA.....	18
27. DIVERGÊNCIA DE NATUREZA MÉDICA.....	18
28. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE.....	18
29. DISPOSIÇÕES FINAIS	18
30. FORO	19
31. EXCEDENTE TÉCNICO	19

ANEXO

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	20
CONDIÇÃO ESPECIAL – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE	24
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	24
2. CONCEITO	24
3. INCLUSÃO NO SEGURO	24
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	24
5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE	24
6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE.....	24

7. CAPITAL SEGURADO	24
8. PRÊMIO	25
9. BENEFICIÁRIO	25
10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR.....	25
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	25
12. DISPOSIÇÃO FINAL.....	25
CONDIÇÕES ESPECIAIS – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS	26
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	26
2. CONCEITO	26
3. INCLUSÃO NO SEGURO	26
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	26
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA.....	26
6. TÉRMINO DO SEGURO DO(S) FILHO(S)	26
7. CAPITAL SEGURADO	26
8. PRÊMIO	27
9. BENEFICIÁRIO	27
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	27
11. CESSAÇÃO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR	27
12. DISPOSIÇÃO FINAL.....	27
CONDIÇÕES ESPECIAIS – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE EXCEDENTE TÉCNICO	28
OUVIDOR.....	29

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso ocorra algum dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas pelo estipulante e indicada na proposta de contratação ou adesão, nas condições contratuais e no certificado individual, **desde que o evento não se enquadre como “riscos excluídos” ou “não cobertos” pela legislação vigente.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** 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 causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado.

2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:

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

2.1.2. **Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:**

- a) **as doenças, incluídas as profissionais, pandemias ou epidemias, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- c) **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. **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.
- 2.3. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência do sinistro coberto.
- 2.4. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.
- 2.5. **Carência:** período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 2.6. **Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.
- 2.7. **Cobertura:** compromisso da seguradora no pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.
- 2.8. **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

- 2.9. **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.10. **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.
- 2.11. **Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.
- 2.12. **Doença ou Deficiência Preexistente:** toda debilidade, congênita, adquirida ou decorrente de acidente, que comprometa a função orgânica, ou motora ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta, quer por suas conseqüências indiretas, existentes anteriormente à contratação do seguro, da qual ele tenha conhecimento, e que não seja informada no momento da contratação, de acordo com o declarado na proposta de adesão.
- 2.13. **Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador, quando não participar do custeio.
- 2.14. **Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado.
- 2.15. **Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice, em determinado período.
- 2.16. **Franquia:** período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.
- 2.17. **Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.18. **Grupo Segurável:** totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.19. **Indenização:** pagamento em dinheiro efetuado pela seguradora ao segurado ou ao seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratadas.
- 2.20. **Início de Vigência:** a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão cobertas pela seguradora.
- 2.21. **Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, sobre as condições físicas e de saúde do proponente.
- 2.22. **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.23. **Período de Vigência:** período durante o qual o segurado fará jus às coberturas contratadas.
- 2.24. **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos feitos pelos segurados, destinados ao custeio do seguro.
- 2.25. **Proponente:** o interessado em contratar as coberturas, ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.26. **Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.
- 2.27. **Proposta de Contratação:** documento legal pelo qual o estipulante solicita a sua inclusão no Seguro de Acidentes Pessoais, manifestando pleno conhecimento e concordância das condições contratuais. Na proposta de contratação deverão ser prestadas todas as informações que permitirão a seguradora avaliar os riscos e manifestar a aceitação ou recusa do seguro.
- 2.28. **Riscos Excluídos:** os riscos, previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.
- 2.29. **Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.30. **Seguradora:** companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no País, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas nos termos das condições contratuais.
- 2.31. **Seguro Contributário:** aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcialmente para o estipulante, e este o repassa à seguradora.
- 2.32. **Seguro Não Contributário:** aquele em que o estipulante paga a totalidade do prêmio à seguradora.
- 2.33. **Sinistro:** ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. As coberturas disponíveis para contratação são:

3.1.1. MORTE ACIDENTAL

3.1.1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado aos beneficiários indicados na respectiva proposta de adesão em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

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

3.1.1.3. Para menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

3.1.2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

3.1.2.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, caso venha a ficar total ou parcialmente inválido, em caráter permanente, em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

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

3.1.2.3. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ

3.1.2.3.1. O pagamento de qualquer indenização por Invalidez Permanente por Acidente, seja total ou parcial, estará condicionado à constatação de Invalidez Permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de Invalidez Permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com os grau(s) e tipos de invalidez definitivamente caracterizados e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.

3.1.2.3.2. No caso de Invalidez Parcial por Acidente, não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o valor da indenização por perda parcial será calculado pela aplicação, para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado da porcentagem prevista na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais.

3.1.2.3.3. Na falta de indicação do percentual de redução, sendo o grau classificado como máximo, médio ou mínimo, a indenização proporcional será calculada com base nos índices 75 (setenta e cinco), 50 (cinquenta) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente, aplicados sobre a mesma Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais.

3.1.2.3.4. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez em mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se os percentuais estabelecidos para cada um, conforme Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais, sendo que o total da indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado para Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

3.1.2.3.5. Havendo duas ou mais lesões parciais em um mesmo membro ou órgão, o somatório das indenizações não poderá exceder o total previsto na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais, caso houvesse a perda completa desse membro.

3.1.2.3.6. A perda ou redução maior da função de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dará direito a reclamações, salvo quando declarada previamente na Proposta de Adesão, caso em que se reduzirá do grau de definitiva a invalidez preexistente no cálculo da indenização.

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

3.1.2.3.8. Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais, a indenização será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

3.1.2.3.9. A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente.

3.1.2.3.10. Quaisquer divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como as avaliações da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

3.1.2.3.11. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito à indenização por Invalidez Permanente.

3.1.2.3.12. Se ambas as coberturas por morte e invalidez permanente total ou parcial por acidente tiverem sido contratadas, suas indenizações não se acumularão. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte será deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

3.1.2.4. INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA

3.1.2.4.1. Mediante o pagamento do prêmio adicional correspondente, a porcentagem para o cálculo da indenização será elevada para 100% (cem por cento) no caso de acidente coberto, para os seguintes órgãos:

- Perda total do uso de um dos dedos indicadores;
- Perda total do uso de um dos polegares;
- Perda de um olho; e
- Perda total do uso de uma das mãos.
- No caso de lesões múltiplas previstas ou não nesta cláusula, a indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado da cobertura de invalidez permanente. O segurado se obriga, em caso de acidente coberto por estas apólices e sob pena de perder o direito a qualquer indenização, a submeter-se a exame médico por profissional indicado pela seguradora, desde que tal medida seja considerada necessária.

Esta cobertura pode ser contratada somente em conjunto a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

3.1.2.4.2. As coberturas previstas nesta cláusula somente serão aplicadas aos seguintes profissionais: médicos, dentistas, advogados, músicos, artistas plásticos, escritores, fisioterapeutas, arquitetos, desenhistas técnicos e comerciais, engenheiros. No caso de não comprovação do exercício de tais profissões esta cláusula será considerada sem efeito, prevalecendo os percentuais originais da Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais, para cálculo de Indenização Permanente Parcial.

3.1.3. Invalidez Permanente Total Por Acidente

3.1.3.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, caso venha a se tornar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

3.1.3.2. Para efeito deste seguro, entende-se como “Invalidez Permanente Total”, os acidentes que resultem em:

- Perda total da visão de ambos os olhos;
- Perda total do uso de ambos os braços;
- Perda total do uso de ambas as pernas;
- Perda total do uso de ambas as mãos;

- Perda total do uso de um braço e uma perna;
- Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;
- Perda total do uso de ambos os pés;
- Alienação mental total e incurável; e
- Nefrectomia bilateral.

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

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

3.1.4. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas

3.1.4.1. Garante o reembolso ao segurado, até o limite do capital segurado contratado, no caso de acidente coberto, durante a vigência do seguro, em decorrência direta e exclusiva de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.

3.1.4.2. A seguradora indenizará as despesas médicas, hospitalares e odontológicas incorridas, a critérios médicos, necessários para o restabelecimento do segurado, observados o limite máximo de indenização indicado no certificado individual.

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

3.1.4.4. A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico-assistente.

3.1.5. Incapacidade Física Temporária por Acidente

3.1.5.1. Garante ao segurado o pagamento das diárias a que tiver direito, se sua incapacidade, decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto, perdurar além do 15º (décimo quinto) dia contado a partir do fato gerador da incapacidade.

3.1.5.2. O valor da diária contratada deverá ser compatível com a renda mensal do segurado, renda esta que deverá ser comprovada. Em caso de sinistro, poderá ser solicitada sua comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal comprovada do segurado, o pagamento da indenização será realizado pelo valor comparado e não pelo valor contratado, não cabendo devolução de prêmio recolhido pela seguradora.

3.1.5.3. A “incapacidade temporária” caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando este ocorrer dentro do período de vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

3.2. Serão elegíveis para estas coberturas todas as pessoas físicas que possuírem vínculo com o estipulante, e que se encontrar em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

3.2.1. Diária de Internação Hospitalar

3.2.1.1. Garante ao segurado, o pagamento de uma importância segurada contratada por dia de internação hospitalar comprovada em estabelecimento hospitalar de sua livre escolha, somente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, decorrentes de acidente ao próprio segurado, observadas as restrições legais e contratuais.

3.2.2.2. Além das definições constantes no item 2–DEFINIÇÕES, deverão ser consideradas estas para fim desta cobertura:

3.2.2.2.1. Hospital: é o estabelecimento legalmente autorizado para 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. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

- qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de hospital acima;
- Instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
- clínica ou locais de acomodações e/ou tratamento para recuperação de viciados em álcool ou drogas;
- instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécie; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou “spas”;
- “Home Care” (internação domiciliar).

3.2.2.2.2. Internação Hospitalar: período de permanência do segurado na instituição hospitalar legalmente habilitada por determinações médicas, resultantes de acidente pessoal ocorrido com o mesmo.

3.2.2.2.3. Tratamentos Cirúrgicos: aqueles decorrentes de sinistros que exigem ato cirúrgico em regime de internação hospitalar.

3.2.2.2.4. Tratamentos Clínicos: aqueles decorrentes de sinistros que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicar em ato cirúrgico.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estarão excluídos de todas as coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) acidentes médicos;
- c) tratamento de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;
- d) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem;
- e) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes;
- f) perturbações mentais, nervosas e emocionais;
- g) perturbações e intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos;
- h) envenenamentos por absorção de substância tóxica, exceto escapamento de gases e vapores;
- i) alterações mentais conseqüentes de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas, de forma direta ou indireta;
- j) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- k) suicídio ou a tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual;
- l) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, conforme previsto no Código Civil vigente;
- m) atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se forem resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
- n) viagens em aeronaves ou embarcações:
 - que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para vôo ou navegação;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.
- o) epidemias e pandemias oficialmente declaradas, incluindo a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas e desde que declaradas por órgão competente.

4.2. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estarão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente Total por Acidente do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) perda de dentes e os danos estéticos;

- b) os eventos ocorridos em consequência de qualquer perda, redução, impotência permanente total ou parcial de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.
- 4.2.1. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado de Invalidez Total ou Parcial por Acidente, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.
- 4.3. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO):
- a) estado de convalescença (após alta médica);
 - b) despesas de acompanhantes; e
 - c) aparelhos que se referem a órtese de qualquer natureza e prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.
- 4.4. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Incapacidade Física Temporária:
- a) epidemias e pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;
 - b) incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do segurado no seguro;
 - c) acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro de conhecimento do segurado;
 - d) cirurgias para mudança de sexo, qualquer tratamento cirúrgico para impotência sexual, esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, inseminação artificial e respectivas consequências;
 - e) cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais e reconstrução mamária em decorrência de retirada de câncer, desde que o diagnóstico da doença tenha ocorrido durante a vigência do seguro;
 - f) tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos com finalidade estética;
 - g) quaisquer tratamentos por motivos de senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença ou abrasão química e cirúrgica;
 - h) tratamento odontológico e ortodôntico;
 - i) hospitalização para a realização de exames de rotina;
 - j) tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
 - k) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;
 - l) as lesões classificadas como: Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho (DORT), inclusive a Lesão por Esforços Repetitivos (LER), problemas auditivos e outros;
 - m) procedimentos não previstos no Código de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - n) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente; e
 - o) os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, que não tenham, portanto, como comprovar uma atividade remunerada regular.
- 4.5. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Diária por Internação Hospitalar (DIH):
- a) gravidez e suas consequências;
 - b) internação hospitalar decorrente de patologias classificadas como transtornos mentais e comportamentais;
 - c) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
 - d) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro, e salvo aquelas reparadoras de lesões decorrentes do tratamento cirúrgico de neoplasias;
 - e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão do evento ocorrido na vigência do seguro;
 - f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;

- g) tratamento por rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas conseqüências;
- h) internação com duração menor do que 1 (uma) diária; e
- i) internação hospitalar decorrente do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes.

4.6. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1. As coberturas do seguro previstas nestas condições gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. INCLUSÃO DO SEGURADO

- 6.1. A inclusão dos segurados na apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo exigido para análise de aceitação o preenchimento de proposta de adesão, bem como uma declaração pessoal ou prova de saúde e/ou atividades, podendo ser compulsória ou facultativa.

7. CARÊNCIA

- 7.1. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais todos os prazos de carência não serão aplicados, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando a referida carência corresponderá a 02 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

8. FRANQUIA

- 8.1. Poderá aplicada uma franquia de no mínimo 15 (quinze) dias a contar da data da ocorrência do evento coberto, para a cobertura de Incapacidade Física Temporária.
- 8.2. Será aplicada uma franquia mínima de 1 (um) dia, para a cobertura Diária de Internação Hospitalar, ou seja, somente estarão cobertas pelo seguro as internações hospitalares efetivadas a partir, inclusive, do 2º (segundo) dia da respectiva internação hospitalar.

9. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 9.1. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão e a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
- 9.2. O pagamento do seguro não caracterizará a aceitação automática da proposta de adesão. Quando a seguradora receber a proposta de adesão com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual avaliará o risco do seguro.
 - 9.2.1. **A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.**
 - 9.2.2. **Havendo motivos para recusa, a seguradora devolverá o valor do prêmio antecipado. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), pro rata temporis, correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição, que não poderá ser superior a 10 (dez) dias da data da recusa.**
- 9.3. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão do seguro, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.
- 9.4. Se a seguradora recusar a proposta de adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada a seu domicílio ou por intermédio do corretor ou agente captador do seguro, informando os motivos da não aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento valerá como data de recusa da proposta de adesão.
- 9.5. A cada segurado aceito no seguro será enviado um certificado individual.

10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 10.1. A vigência da cobertura individual terá início às 24 (vinte quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, desde que tenha sido aceita e vigorará pelo prazo determinado na proposta de adesão, mediante pagamento único ou pagamentos consecutivos e ininterruptos dos prêmios do seguro.
- 10.2. O seguro terá vigência pelo período em que a apólice estiver em vigor, ou seja, até sua data de término de vigência, caso esta não seja renovada ou cancelada conforme previsto nas condições contratuais.

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 11.1. A vigência da apólice será conforme estabelecido nas condições contratuais, sendo renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a seguradora, o estipulante ou segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias da data de renovação, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.
- 11.2. A renovação da apólice para os demais períodos de vigência não se dará de forma automática, devendo ser expressa entre as partes.
- 11.3. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 11.4. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar os segurados e o estipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.
- 11.5. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual aos segurados.
- 11.6. Caso o seguro, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.
- 11.7. Se a inexatidão ou a omissão das declarações não resultar de má fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:
- 11.7.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
- cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- 11.7.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
- cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
 - mediante acordo entre as partes, permitir continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
- 11.7.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença do prêmio cabível.

12. CAPITAIS SEGURADOS

- 12.1. Os limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes.
- 12.2. Para as coberturas de Incapacidade Física Temporária e Diária de Internação Hospitalar, o capital segurado corresponderá à quantidade máxima de dias contratados, multiplicado pelo valor da diária.
- 12.2.1. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 13.1. Poderá ser efetuado o aumento espontâneo dos capitais segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de capital segurado individual vigente. Se aceitos pela seguradora, os novos capitais segurados terão início de vigência no primeiro dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento espontâneo de capital, poderá ser exigido do segurado o preenchimento de uma nova proposta de adesão, iniciando-se nova carência de 2 (dois) anos para o valor aumentado, para a hipótese de suicídio.

- 13.2.** Para os segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento espontâneo dos respectivos capitais segurados. Nestes casos, os capitais segurados serão atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou qualquer outro índice que por disposição legal venha a substituí-lo.
- 13.3.** O estipulante fica ciente que, para o aumento espontâneo do capital segurado, o segurado deverá estar em boas condições de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do capital segurado não declarada na proposta de adesão, o pagamento da indenização prevista para a garantia de morte será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios ao estipulante e/ou segurado.

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 14.1.** Os capitais segurados e os prêmios deverão ser atualizados monetariamente ou segundo a variação do salário/provento, ou segundo outros fatores objetivos conforme critério constante no contrato do seguro para fixação da escala de capitais.
- 14.2.** As atualizações de capitais segurados se aplicarão a todos os segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para componentes ativos.
- 14.3.** Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente em cada aniversário da apólice pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses anteriores ao aniversário do certificado individual.
- 14.4.** Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV).
- 14.5.** Para os seguros de prazo inferior a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 15.1.** O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual ou fracionada, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais.
- 15.1.1.** A data-limite para pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.
- 15.1.2.** Quando a data de vencimento coincidir com um dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia subsequente em que houver expediente bancário.
- 15.2.** Qualquer indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver sido realizado pelo segurado ou estipulante, o que deve ser feito no máximo até a data-limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.
- 15.3.** Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado se for realizado ainda naquele prazo.
- 15.4.** Caso haja falta de pagamento do prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto nos itens 18 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, destas condições gerais.
- 15.4.1.** Entretanto, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o estipulante deixar de recolher junto à seguradora e no prazo devido os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, e ficando o estipulante sujeito às cominações legais previstas na legislação vigente.
- 15.4.2.** O estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, ficará o estipulante obrigado a destacar no documento de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada segurado.
- 15.5.** Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto no item 16 – REAVALIAÇÃO DE TAXA, destas condições gerais.

16. REAVALIAÇÃO DE TAXA

- 16.1.** Na ocasião da renovação, a seguradora reavaliará, mediante a anuência expressa dos segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme condições contratuais e legislação vigente.

- 16.2. Em caso de reavaliação de taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem também, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 16.3. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

17. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

- 17.1. A cobertura individual de cada segurado cessará:
- Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante;
 - Quando o segurado solicitar por escrito à seguradora sua exclusão da apólice;
 - Quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio;
 - Quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago;
 - A pedido do estipulante do seguro, ou a critério da seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice.

18. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

- 18.1. Na falta de pagamento de 1 (uma) fatura/parcela a cobertura será suspensa. Os sinistros ocorridos no período de suspensão não terão cobertura.
- 18.2. A reabilitação do seguro se dará a partir do pagamento da próxima fatura/parcela.
- 18.3. Na falta de pagamento de 2 (duas) faturas/parcelas, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência ou renovação, o seguro será automaticamente cancelado.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

- 19.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido no item 18 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO, sem que tenha(m) sido quitadas as respectivas parcelas do prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.
- 19.2. Havendo o desejo por parte do segurado de cancelar o seguro, este deverá encaminhar à seguradora solicitação de próprio punho devidamente assinada. O seguro será cancelado após o último dia do período de vigência correspondente à última parcela do prêmio pago.
- 19.3. No caso de morte do segurado, o seguro será extinto automaticamente na data do evento coberto.
- 19.4. A apólice poderá ser cancelada:
- Por solicitação escrita do estipulante ou da seguradora, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do vencimento anual do seguro;
 - Se o estipulante não aceitar as condições de reavaliação propostas pela seguradora para a manutenção do seguro.

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 20.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, os beneficiários ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio da Central de Atendimento.
- 20.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta dos beneficiários ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 20.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte dos beneficiários, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 20.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o Capital Segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.
- 20.4. O valor a ser indenizado aos beneficiários será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 20.4.1. Para as coberturas de **Incapacidade Física Temporária por Acidente e Diária de Internação Hospitalar**, o valor a ser indenizado aos segurados será igual ao valor da diária vezes o número de dias de afastamento, respeitando os períodos de carência e franquia.

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

20.5.1. Em caso de Morte Acidental:

- comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada);
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
- comprovante de residência do segurado;
- formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;
- cópia do Registro de Empregado e Comprovante de Pagamento do Salário do mês do Óbito;
- cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário;
- comprovante de residência do beneficiário;
- Certidão de Casamento (atualizada no caso de sinistro do cônjuge, emitida após o óbito);
- Boletim de Ocorrência Policial ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho);
- CNH, se for acidente de trânsito (e quando a vítima for o motorista);
- Laudo Necroscópico do IML;
- Declaração de Pátrio Poder para beneficiários menores de 18 (dezoito) anos.

20.5.2. Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- exame de corpo de delito, quando indicado;
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
- comprovante de residência do segurado;
- formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;
- cópia do Registro de Empregado e comprovante de pagamento do salário referente ao último mês de atividade;
- cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
- CNH, se for acidente de trânsito (e quando o segurado sinistrado for o motorista);
- no caso de invalidez total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS;
- exames e laudos médicos que confirmem a invalidez permanente; e
- relatório médico informando o diagnóstico, tratamento usado, alta definitiva e, as seqüelas definitivas, discriminadas em grau porcentual, com firma reconhecida.

20.5.3. Em caso de Incapacidade Física Temporária por Acidente:

- relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- original ou cópia simples dos exames realizados que comprovem a Incapacidade Física Total Temporária por Acidente;
- formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;
- cópia autenticada do CPF e RG/RNE do segurado; e
- comprovante de residência do segurado.

20.5.4. Em caso de Doenças Médicas, Hospitalares e Odontológicas:

- comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- declaração do médico-assistente, indicando os medicamentos e procedimentos realizados e utilizados, com firma reconhecida;
- cópia autenticada do CPF e RG/RNE do segurado;
- comprovante de residência do segurado;
- formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;
- cópia do Boletim de Ocorrência, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) ou descrição do acidente;
- cópia dos documentos pessoais do contratante da Nota fiscal referente às despesas com o acidente: CPF, RG/RNE e comprovante de residência; e
- Notas Fiscais originais das despesas havidas com o acidente.

20.5.4.1. A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá se feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico-assistente.

20.5.4.2. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda, da data do efetivo pagamento efetuado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pela seguradora, quando da liquidação do sinistro.

20.5.4.3. Cabe ao segurado livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados. Não obstante, poderá a seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços, colocando-os à livre disposição do segurado.

20.5.5. Em caso de Diária de Internação Hospitalar:

- relatório do procedimento de internação com a descrição do tratamento, prognóstico e alta médica definitiva;
- Aviso de Sinistro preenchido pelo médico-assistente, responsável e/ou alguém por ele indicado, contendo a descrição do evento, datado e assinado pelo segurado;
- prontuário médico comprovando a internação hospitalar;
- todos os exames realizados;
- formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;
- cópia autenticada do CPF e RG/RNE do segurado; e
- comprovante de residência do segurado.

20.6. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato aos beneficiários por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

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

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

20.9. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a Seguradora comunicará a seu(s) beneficiários ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

21. PERDA DE DIREITOS

21.1. O segurado e seu(s) beneficiário(s) perderão o direito a qualquer indenização, bem como terão o seguro cancelado, nos seguintes casos:

- Inexatidão ou omissão nas declarações da proposta de adesão, que possam influir ou ter influenciado na aceitação ou taxação do seguro;
- Não-cumprimento das obrigações definidas nestas condições gerais;
- Utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas conseqüências para obter ou aumentar a indenização;
- Fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
- Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto;
- Solicitação de exclusão do seguro feita pelo segurado ou pelo estipulante; e
- Dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte dos segurados, seu(s) representante(s) ou seu(s) beneficiários para obter ou majorar seu capital segurado.

21.2. O(s) segurado(s) está(rão) obrigados a comunicar à seguradora, logo que souber(em), qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou(aram) de má-fé.

21.2.1. Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração.

21.3. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao segurado, 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.

21.4. 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.

22. BENEFICIÁRIOS

22.1. A indicação dos beneficiários deverá ser clara e precisa, sendo de livre escolha do segurado e devendo constar na proposta de adesão preenchida pelo mesmo, observando-se as limitações previstas no Código Civil vigente.

22.2. Os beneficiários poderão ser alterados a qualquer momento pelo segurado, bastando o encaminhamento à seguradora do formulário Informe de Alteração de Nome/Beneficiários, devidamente preenchido e assinado. A alteração de beneficiário só terá validade a partir do recebimento desse formulário pela seguradora, confirmada pelo relógio-dador.

22.3. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, será ilícita a substituição dos beneficiários por ato entre vivos ou de última vontade.

22.3.1. Quando a seguradora não for informada oportunamente da substituição, ficará desobrigada pagando o capital segurado aos antigos beneficiários.

22.4. A pessoa que for legalmente inibida de receber doação do segurado não poderá ser instituída como seu beneficiário.

22.5. O beneficiário do(s) cônjuge(s) e filhos será sempre o segurado.

22.6. Caso não seja(m) indicado(s) o(s) beneficiário(s) na proposta de adesão, o capital segurado será pago conforme os princípios estabelecidos no Código Civil vigente.

22.7. Será válida a instituição do(a) companheiro(a) como beneficiário(a) se, no momento da contratação, o Segurado se encontrava separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

22.8. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação 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.

22.9. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

23. SUB-ROGAÇÃO

23.1. No seguro de pessoas, o segurador não pode se sub-rogar nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário contra o causador do sinistro, conforme estabelecido no Código Civil vigente.

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades do estipulante:

- a)** fornecer à seguradora todas as informações necessárias para inclusão mensal de segurados e conseqüente emissão de faturas, se couber;
- b)** manter a seguradora informada a respeito do segurado, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido nesta apólice;
- c)** fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d)** discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo artigo 7º da Resolução CNSP 107/04;
- e)** pagar no banco credenciado, o valor total dos prêmios, se couber;
- f)** repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice;
- g)** discriminar o nome da seguradora, nos documentos e comunicações referentes ao seguro objeto desta contratação, desde que previamente aprovados pela seguradora;
- h)** comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa;
- i)** dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a regulação de sinistros;

- j) comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considerarem irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
- l) cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

25. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

25.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades da seguradora:

- a) pagar os sinistros a que fizer jus o segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que esta julgar necessário para complementação do processo, passando, a partir de sua entrega, a contar novo prazo para regulação do sinistro;
- b) informar por escrito ao segurado, a ocorrência do não pagamento da fatura por parte do estipulante, se couber;
- c) emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo estipulante, se couber;
- d) cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

26. PERÍCIA MÉDICA

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

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

27. DIVERGÊNCIA DE NATUREZA MÉDICA

27.1. As divergências de natureza médica sobre as causas do evento relacionadas a esta garantia serão dirimidas por uma junta médica constituída de 3 (três) médicos nomeados um pelo segurado, um pela seguradora e o terceiro, desempataador, escolhido de comum acordo pelos nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

27.2. Havendo divergência sobre a escolha do médico desempataador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

28. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

28.1. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.

28.2. Para as coberturas de reembolso, a seguradora poderá solicitar, quanto da assinatura da proposta ou da solicitação de aumento do valor do capital segurado, para efeito de subscrição, informação ao proponente ou ao segurado quando à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

28.2.1. O segurado não será obrigado a informar à seguradora à contratação posterior de outros seguros de pessoas com cobertura concomitantes.

29. DISPOSIÇÕES FINAIS

29.1. Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

29.2. Qualquer modificação da apólice em vigor, que traga prejuízos ou novos ônus aos segurados, não previsto nestas condições gerais, dependerá da anuência expressa dos segurados que representem $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

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

29.4. O registro destas condições gerais na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

29.5. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

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

- 29.7. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.
- 29.8. A propaganda e a promoção do seguro por parte do estipulante e/ou corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas as condições contratuais da Apólice e as normas do seguro, ficando a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.
- 29.9. Os casos não previstos na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais serão pagos com base em literatura mundial.

30. FORO

- 30.1. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado para ações fundadas em direitos ou obrigações decorrentes deste seguro.

31. EXCEDENTE TÉCNICO

Se houver, o segurado terá direito ao excedente técnico e este será calculado de acordo com o determinado nas condições especiais deste produto.

ANEXO

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)	%
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES	%
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo.	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES	%
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
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, equivalente ½ (metade), e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 (um terço) do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- Menos de 3 (três) centímetros	sem indenização
DIVERSAS	%
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
Em grau mínimo	10
Em grau médio	20
Em grau máximo	30
NARIZ	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	7
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	7
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
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 de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
Parcial – menos de 50% (cinquenta por cento)	15
– mais de 50% (cinquenta por cento)	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	8
Perda total das duas orelhas	16
ARTICULAÇÕES (ANQUILOSES)	
Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25 (vinte e cinco), 50 (cinquenta) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MEMBROS	
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
Perda do braço	15
APARELHO URINÁRIO	
Perda de um rim	
Função renal preservada	15
Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50
Insuficiência renal	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática	sem indenização
SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	2
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOME (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)	
Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial sem transtorno funcional	5
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	7

CONDIÇÃO ESPECIAL – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado durante a vigência do seguro, em caso de morte por acidente e/ou invalidez de seu cônjuge, excetuando-se os **riscos excluídos** previstos nas condições contratuais.
 - 1.1.1. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.
- 1.2. Por esta cláusula suplementar, também farão parte do grupo segurado os cônjuges de todos os segurados, desde que a esse grupo já não pertençam como segurados.
- 1.3. O cônjuge poderá, também, participar das coberturas descritas nas condições especiais, mediante solicitação na proposta de contratação para os planos coletivos e proposta de adesão para os planos individuais, e desde que sejam contratadas pelo segurado.

2. CONCEITO

- 2.1. **Cônjuge:** o(a) esposo(a) do segurado. O(a) companheiro(a) equipara-se ao cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do sinistro.

3. INCLUSÃO NO SEGURO

- 3.1. Participarão do presente seguro os cônjuges de todos os segurados.
- 3.2. Equiparam-se ao cônjuge os(as) companheiros(as) dos segurados, desde que haja concordância com a anotação feita na respectiva Carteira Profissional de Trabalho.
- 3.3. Os segurados pertencentes a categorias para as quais não são expedidas Carteiras Profissionais de Trabalho podem incluir no seguro os(as) companheiros(as), quando estes(as) estiverem registrado(as) de acordo com regulamentação própria.
- 3.4. **A indicação do cônjuge para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra a inclusão, ou caso ocorra a inclusão de cônjuge não legalmente habilitado, ou, ainda, caso o cônjuge incluso já faça parte do grupo segurado, não haverá direito à indenização, sendo nestes últimos casos devolvidos os VALORES DO PRÊMIO REFERENTE À INDEVIDA INCLUSÃO DA COBERTURA DE CÔNJUGE.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. De acordo com o disposto nos riscos excluídos das condições contratuais da apólice.

5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE

- 5.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:
 - Na data do início da cobertura do risco individual do segurado; e
 - Na data da inclusão da condição no seguro, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE

- 6.1. O seguro do cônjuge terminará:
 - Com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
 - Com o cancelamento desta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
 - Com o término do seguro do segurado;
 - Com a morte do segurado, com sua Invalidez Permanente Total por Acidente;
 - Na ocorrência de separação judicial ou de fato;
 - No caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR), quando se tratar de companheiro(a); e/ou
 - A pedido por escrito do segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O capital segurado do cônjuge incluído automaticamente e como as coberturas contratadas, serão definidos no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado.

8. PRÊMIO

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

9. BENEFICIÁRIO

9.1. A indenização devida por esta condição será paga ao respectivo segurado.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR

10.1. Esta cobertura suplementar cessará:

- Facultativamente no aniversário da apólice, por iniciativa da seguradora ou do estipulante, mediante aviso por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência; e
- Obrigatoriamente, quando a apólice da qual esta Condição Especial da Cobertura Suplementar é parte integrante for cancelada ou não renovada.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Será o disposto nas condições gerais do seguro e de acordo com cada cobertura contratada.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições contratuais da presente apólice.

CONDIÇÕES ESPECIAIS – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, em caso de falecimento algum de seus filhos dependentes, ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.
 - 1.1.1. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual, e desde que seja contratada a mesma cobertura para o cônjuge, com inclusão automática na apólice.
- 1.2. Em caso de morte por acidente e/ou invalidez de algum dos seus filhos dependentes, maior de 14 (quatorze) anos, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, cujo capital segurado e cobertura serão limitados no contrato e indicados no certificado individual, e desde que sejam contratadas as mesmas coberturas para o cônjuge com a inclusão automática na apólice.
- 1.3. Cada filho está coberto apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados, sendo considerado dependente do cônjuge de maior capital segurado.
- 1.4. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:
 - a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado para filhos;
 - b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

2. CONCEITO

- 2.1. Entende-se como “filho(s)” o(s) considerado(s) dependente(s) econômico(s) do segurado, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR):
 - Filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
 - Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
 - Filho(a) ou enteado(a) universitário ou cursando escola técnica de 2º (segundo) grau, até completar 24 (vinte e quatro) anos.
- 2.2. **Não podem participar desta cobertura os filhos que façam parte do grupo de segurados.**

3. INCLUSÃO NO SEGURO

- 3.1. Participarão do presente seguro todos os filhos do segurado, desde que estejam em perfeitas condições de saúde.
- 3.2. A indicação do(s) filho(s) para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado, que se responsabiliza pelo estado de saúde do filho incluído no seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. De acordo com o disposto nos riscos excluídos das condições contratuais da apólice.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

- 5.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:
 - Na data do início da cobertura do risco individual do segurado; e
 - Na data da inclusão da condição na apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

6. TÉRMINO DO SEGURO DO(S) FILHO(S)

- 6.1. O seguro garantido por esta condição especial terminará:
 - Com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
 - Com o cancelamento desta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
 - Com o término do seguro do segurado;
 - Com a morte do segurado ou do cônjuge, com sua Invalidez Permanente Total por Acidente;
 - A pedido por escrito do segurado;
 - Se o filho deixar de ser dependente do segurado, conforme item 2.1.

7. CAPITAL SEGUADO

- 7.1. O capital segurado da cobertura básica de morte acidental do(s) filho(s) não poderá em hipótese alguma ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado.

8. PRÊMIO

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

9. BENEFICIÁRIO

9.1. A indenização devida por esta condição será paga ao respectivo segurado. Na hipótese de morte simultânea será paga aos herdeiros legais.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Será o disposto nas condições gerais do seguro e de acordo com a cobertura contratada.

11. CESSAÇÃO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

11.1. Esta Cláusula Suplementar cessará:

- Facultativamente no aniversário da apólice, por iniciativa da seguradora ou do estipulante, mediante aviso por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência;
- Obrigatoriamente, quando a apólice da qual esta Condição Especial da Cobertura Suplementar é parte integrante for cancelada ou não renovada.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições contratuais da presente apólice.

CONDIÇÕES ESPECIAIS – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE EXCEDENTE TÉCNICO

A apuração do excedente técnico da apólice a ser implantada será realizada de forma anual, pagando lucro para o próximo período de apuração.

A apuração do excedente técnico será efetuada de acordo com a seguinte Cláusula Suplementar:

1. O resultado técnico da apólice será apurado anualmente conforme os critérios mínimos abaixo:
 - a) Para fins de apuração dos resultados técnicos, consideram-se “receitas”:
 - Os prêmios de competência correspondentes ao período de apuração e efetivamente pagos;
 - O estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
 - b) Para fins de apuração dos resultados técnicos, consideram-se “despesas”:
 - As comissões de corretagem pagas durante o período;
 - As comissões de agenciamento pagas durante o período;
 - Os custos de IOF, COFINS e PIS incidentes sobre a operação de seguros;
 - O valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e avisados no período de apuração, considerando-se os pagos e pendentes e computando-se de uma vez os sinistros com pagamento parcelado;
 - A reserva de IBNR, apurado conforme as normas técnicas, correspondente aos sinistros ocorridos durante a vigência da apólice e ainda não avisados por ocasião do vencimento da mesma;
 - O valor total das despesas de investigação que porventura se fizerem necessárias à regulação dos sinistros avisados no período de apuração;
 - Os saldos negativos dos períodos anteriores ainda não compensados;
 - As despesas efetivas de administração da seguradora de acordo com o estabelecido no contrato; e
 - Outras despesas extraordinárias.
2. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:
 - O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
 - O aviso à seguradora, para sinistros;
 - A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
 - As datas em que incorreram, para as despesas de administração; e
 - Outras datas estabelecidas na cláusula de excedente técnico.
3. A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no contrato até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no contrato.
4. A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no contrato, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
 - 4.1. Do resultado apurado destinar-se-á aos componentes e/ou estipulante o percentual definido nas condições especiais.
5. Nos seguros parcialmente ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida na cláusula de excedente técnico.
6. No caso de cancelamento da apólice ou não renovação, a última apuração do excedente técnico a ser concedido ao estipulante será pago em 6 (seis) parcelas mensais, descontados os sinistros que porventura vierem a ser avisados, pagos ou que estejam pendentes após a data de cancelamento.

OUVIDOR

Atuar, na relação contratual com a Seguradora, de forma isenta e independente, com caráter mediador, pedagógico e estratégico, na defesa dos direitos dos consumidores e atuar como canal de comunicação entre a seguradora e os consumidores de seus produtos e serviços, esclarecendo, prevenindo e solucionando conflitos.

O Ouvidor recebe as manifestações dos consumidores que não foram solucionadas em primeira instância, por outros canais de atendimento e de apoio ao consumidor.

CANAIS DE ACESSO

Ouvidoria: 0800 775 1079 ou pelo site www.mapfre.com.br

Ouvidoria para deficientes auditivos ou de fala: 0800 962 7373

Horário de atendimento: das 8h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.



A atuação ética é um dos princípios institucionais do GRUPO BB E MAPFRE.

Para garantir ainda mais a segurança e tranquilidade aos clientes, a MAPFRE Seguros divulga o serviço de DISQUE DENÚNCIA, um importante meio de prevenção e redução de fraudes.

Um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo.

Pela coragem e respeito por você, busca-se constantemente a transparência nos processos e produtos.