

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Condições Contratuais

Versão 6.0

CNPJ 54.484.753/0001-49
Processo SUSEP 10.005289/99-84

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| 1. OBJETIVO DO SEGURO..... | 5 |
| 2. DEFINIÇÕES..... | 5 |
| 3. COBERTURAS DO SEGURO | 7 |
| 4. RISCOS EXCLUÍDOS | 9 |
| 5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA | 10 |
| 6. INCLUSÃO DO SEGURADO | 10 |
| 7. CARÊNCIA..... | 10 |
| 8. FRANQUIA..... | 11 |
| 9. ACEITAÇÃO DO SEGURO | 11 |
| 10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL | 11 |
| 11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE..... | 12 |
| 12. CAPITAIS SEGURADOS | 12 |
| 13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO..... | 12 |
| 14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA..... | 12 |
| 15. PAGAMENTO DO PRÊMIO | 13 |
| 16. REAVALIAÇÃO DE TAXA..... | 13 |
| 17. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO | 13 |
| 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. DISPOSIÇÕES FINAIS | 18 |
| 27. FORO | 18 |
| CONDIÇÃO ESPECIAL..... | 22 |
| COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS | 22 |
| 1. OBJETIVO DO SEGURO..... | 22 |
| 2. RISCOS EXCLUÍDOS | 22 |
| 3. ELEGIBILIDADE..... | 22 |
| 4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA | 22 |
| 5. PRÊMIO | 22 |
| 6. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL | 22 |
| 7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS | 22 |
| 8. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE..... | 23 |
| 9. DISPOSIÇÃO FINAL..... | 23 |
| CONDIÇÃO ESPECIAL..... | 24 |
| COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE | 24 |

| | |
|---|-----------|
| 1. OBJETIVO DO SEGURO..... | 24 |
| 2. RISCOS EXCLUÍDOS..... | 24 |
| 3. ELEGIBILIDADE..... | 24 |
| 4. CAPITAL SEGURADO..... | 24 |
| 5. PRÊMIO..... | 25 |
| 6. CARÊNCIA..... | 25 |
| 7. FRANQUIA..... | 25 |
| 8. LIMITE DE DIÁRIAS..... | 25 |
| 9. PERÍCIA MÉDICA..... | 25 |
| 10. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA..... | 25 |
| 11. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL..... | 25 |
| 12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS..... | 25 |
| 13. DISPOSIÇÃO FINAL..... | 26 |
| CONDIÇÃO ESPECIAL..... | 27 |
| COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR..... | 27 |
| 1. OBJETIVO DO SEGURO..... | 27 |
| 2. DEFINIÇÕES..... | 27 |
| 3. RISCOS EXCLUÍDOS..... | 27 |
| 4. ELEGIBILIDADE..... | 27 |
| 5. CAPITAL SEGURADO..... | 28 |
| 6. PRÊMIO..... | 28 |
| 7. CARÊNCIA..... | 28 |
| 8. FRANQUIA..... | 28 |
| 9. LIMITE DE DIÁRIAS..... | 28 |
| 10. PERÍCIA MÉDICA..... | 28 |
| 11. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA..... | 28 |
| 12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS..... | 28 |
| 13. DISPOSIÇÃO FINAL..... | 29 |
| CONDIÇÃO ESPECIAL..... | 30 |
| COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE..... | 30 |
| 1. OBJETIVO DO SEGURO..... | 30 |
| 2. CONCEITO..... | 30 |
| 3. INCLUSÃO NO SEGURO..... | 30 |
| 4. RISCOS EXCLUÍDOS..... | 30 |
| 5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE..... | 30 |
| 6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE..... | 30 |
| 7. CAPITAL SEGURADO..... | 30 |
| 8. PRÊMIO..... | 30 |
| 9. BENEFICIÁRIO..... | 31 |
| 10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR..... | 31 |
| 11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS..... | 31 |
| 12. DISPOSIÇÃO FINAL..... | 31 |

| | |
|---|-----------|
| COBERTURA ESPECIAL | 32 |
| COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS | 32 |
| 1. OBJETIVO DO SEGURO..... | 32 |
| 2. CONCEITO..... | 32 |
| 3. INCLUSÃO NO SEGURO..... | 32 |
| 4. RISCOS EXCLUÍDOS..... | 32 |
| 5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA..... | 32 |
| 6. TÉRMINO DO SEGURO DO(S) FILHO(S)..... | 32 |
| 7. CAPITAL SEGURADO..... | 32 |
| 8. PRÊMIO..... | 32 |
| 9. BENEFICIÁRIO..... | 32 |
| 10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR..... | 33 |
| 11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS..... | 33 |
| 12. DISPOSIÇÃO FINAL..... | 33 |
| COBERTURA ESPECIAL | 34 |
| COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE | 34 |
| 1. OBJETIVO DO SEGURO..... | 34 |
| 2. CONCEITO..... | 34 |
| 3. INCLUSÃO NO SEGURO..... | 34 |
| 4. RISCOS EXCLUÍDOS..... | 34 |
| 5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE..... | 34 |
| 6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE..... | 34 |
| 7. CAPITAL SEGURADO..... | 34 |
| 8. PRÊMIO..... | 34 |
| 9. BENEFICIÁRIO..... | 34 |
| 10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR..... | 34 |
| 11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS..... | 35 |
| 12. DISPOSIÇÃO FINAL..... | 35 |
| CONDIÇÃO ESPECIAL | 36 |
| CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE EXCEDENTE TÉCNICO | 36 |
| OUVIDOR | 37 |

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO – Versão 6.0**CONDIÇÕES GERAIS****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 contratação, de 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:** 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:
- 2.1.1. Incluem-se nesse conceito:
- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
 - b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
 - c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
 - d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
 - e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.
- 2.1.2. **Excluem-se desse conceito:**
- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
 - b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
 - d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.
- 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 o(s) beneficiário(s) 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, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) 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, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).
- 2.12. **Doença Preexistente:** doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, 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. **Garantias:** as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.
- 2.18. **Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.19. **Grupo Segurável:** totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.20. **Indenização:** pagamento em dinheiro efetuado pela seguradora ao segurado ou ao seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada(s).
- 2.21. **Início de Vigência:** a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão cobertas pela seguradora.
- 2.22. **Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, sobre as condições físicas e de saúde do proponente.
- 2.23. **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.24. **Período de Vigência:** período durante o qual o segurado fará jus às coberturas contratadas.
- 2.25. **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos feito(s) pelo(s) segurado(s), destinados ao custeio do seguro.
- 2.26. **Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os percentuais ou valores de carregamento e os impostos.
- 2.27. **Proponente:** o interessado em contratar a(s) cobertura(s), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.28. **Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente, pessoa física, manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.
- 2.29. **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.
- 2.30. **Riscos Excluídos:** os riscos, previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.
- 2.31. **Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.32. **Seguradora:** a 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.
- 2.33. **Seguro Contributário:** aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcialmente para o estipulante, e este o repassa à seguradora.
- 2.34. **Seguro Não Contributário:** aquele em que o estipulante paga a totalidade do prêmio à seguradora.
- 2.35. **Sinistro:** ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. COBERTURAS BÁSICAS

Estas coberturas poderão ser contratadas separadamente.

3.1.1. MORTE ACIDENTAL

3.1.1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na respectiva proposta de adesão em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal, observando-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, relativo à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, em caráter permanente, de um membro ou órgão por lesão física, 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.

3.1.2.2. 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 o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) 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, desempassador, 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.

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

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.

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.

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

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 tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s).

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.

3.2. COBERTURAS ADICIONAIS

3.2.1. Este seguro pode contemplar coberturas adicionais, que terão condições especiais e serão mencionadas no certificado individual, se contratadas:

a) Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas

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.

b) Diária de Internação Hospitalar

Garante ao segurado o pagamento de indenização proporcional ao período de internação, observados o período de franquia e o limite máximo por evento fixado em contrato.

c) Diárias por Incapacidade Física Temporária

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, ou seja, a cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições contratuais.

3.3. COBERTURAS SUPLEMENTARES

3.3.1. Este seguro pode contemplar coberturas suplementares, que terão condições especiais e serão mencionadas no certificado individual, se contratadas:

a) Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge

Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, em caso de morte e/ou invalidez de seu cônjuge, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos em contrato.

b) Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Filhos

Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, em caso de morte e/ou invalidez de algum de seus filhos dependentes, maior que 14 (quatorze) anos, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, cujo capital segurado e cobertura serão limitados no contrato e firmados no certificado individual, e desde que sejam contratadas as mesmas coberturas para o cônjuge com a inclusão automática na apólice.

c) Cláusula Suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge

Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, em caso de morte e/ou invalidez de seu cônjuge, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.

d) Cláusula Suplementar de Excedente Técnico

Poderá ser concedido ao estipulante e/ou segurados, a participação nos resultados técnicos da apólice. Anualmente, por ocasião do aniversário da apólice, a seguradora fará a apuração dos lucros da mesma, sendo que para se apurar os lucros serão computados todas as receitas e despesas ocorridas.

3.4. Este seguro deve abranger pelo menos uma das coberturas básicas, para a contratação de coberturas adicionais e/ou suplementares.

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) envenenamentos por absorção de substância tóxica, exceto escapamento de gases e vapores;
 - h) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - i) suicídio ou a tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual;
 - j) 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;
 - k) 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;
 - l) 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, salvo se for comprovado que o sinistro tenha ocorrido da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
 - m) viagens em aeronaves ou embarcações:
 - que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.
 - n) 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;
 - o) doação e transplante intervivos;
 - p) de competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o segurado estiver no exercício de prática de esportes; e
 - q) o segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação apropriada.
- 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. **EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS**
- 4.3.1. 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 do(s) segurado(s) 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. Além da carência legalmente prevista de 2 (dois) anos para o caso de suicídio ou sua tentativa, será aplicada uma carência de no mínimo 30 (trinta) dias, contados da data de início de vigência do respectivo risco individual, exceto para os casos de acidentes pessoais.

- 7.2. O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não poderá exceder metade do prazo de vigência.

8. FRANQUIA

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

9. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 9.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.
- 9.2. 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.
- 9.2.1. A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.
- 9.3. 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.
- 9.3.1. **A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.**
- 9.4. 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.
- 9.5. 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.
- 9.5.1. **Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento 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. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional 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 corridos da data da recusa.**
- 9.5.2. **Caso a seguradora tenha recebido valor como adiantamento de prêmio, haverá cobertura do seguro até a data da formalização da recusa da proposta.**
- 9.5.3. **A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.**
- 9.6. 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, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.
- 10.3. A vigência da cobertura individual, nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de pagamento de prêmio, 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 ou com data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes.

- 10.4. A vigência da cobertura individual, nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terá início a partir das 24 (vinte quatro) horas da data da recepção da proposta de adesão pela seguradora.

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. Na renovação, qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para o(s) segurado(s) 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 ao(s) segurado(s).

12. CAPITAIS SEGURADOS

- 12.1. Os limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes.
- 12.2. Os capitais segurados do componente dependente, quando for possível sua inclusão no seguro, em quaisquer garantias, não podem ser superiores ao do componente principal.
- 12.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação da responsabilidade da seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:
- a) a data do acidente, em caso de morte, invalidez, despesas médicas, hospitalares e odontológicas ou internação hospitalar;
 - b) a data do afastamento por incapacidade física temporária, cumprido o período de franquia;

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 Nacional 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 Nacional 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.
- 14.6.** Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, deverá ser previsto que os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 15.1.** O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, 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 do(s) segurado(s), 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 e conforme previsto no contrato.
- 15.6.** Mensalmente, até a data estabelecida no Contrato, deverá ser enviado à Seguradora por meio magnético as informações necessárias para cálculo do Prêmio/Faturamento, incluindo-se nome, sexo, matrícula, salário, CPF, data de nascimento e data de inclusão, este arquivo deve conter todos os segurados. Caso a movimentação seja enviada após o período estipulado no Contrato, o faturamento será efetuado com base nos dados do período anterior, e o acerto após recebimento dos dados corretos, será efetuado no faturamento do período de competência posterior.
- 15.6.1.** De posse dos dados, a Seguradora emitirá fatura e respectivo documento de cobrança com data de vencimento estabelecida no Contrato para pagamento.

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 renovação 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; e
- 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 quitada(s) a(s) respectiva(s) parcela(s) 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.
- 19.2.1.** No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:
- I) A sociedade seguradora poderá reter o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, ou;
 - II) Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no inciso 4º do art. 46 da Circular SUSEP nº 302, de 19 de setembro de 2005.
- 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.
- 19.5.** As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 19.6.** O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes e que, no caso de seguro coletivo, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 20.1.** Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) 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 do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 20.3.** A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 20.3.1.** Caso a regularização 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 Nacional 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. Na falta do índice mencionado, serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.
- 20.3.2.** Os valores das obrigações pecuniárias das sociedades seguradoras sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) desde a data do evento, na hipótese de não cumprimento do prazo

para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

20.3.2.1. 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).

20.3.3. 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.

20.4. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento, pago através de uma parcela única.

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 gerais (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 gerais (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 sequelas definitivas, discriminadas em grau porcentual, com firma reconhecida.

20.6. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) 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) beneficiário(s) 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.

- 20.10.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.
- 20.11.** Esta junta médica deverá ser 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.
- 20.12.** 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.
- 20.13.** Havendo divergência sobre a escolha do médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.
- 20.14.** Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.
- 20.15.** A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

21. PERDA DE DIREITOS

- 21.1.** O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.
- 21.2.** Caso o segurado, seu(s) beneficiário(s), corretor de seguros e seus respectivos representantes legais, fizer(em) declaração inexata ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, o Beneficiário perderá o direito ao capital segurado e a Seguradora terá o direito ao prêmio vencido;
- 21.2.1.** Se a inexatidão ou omissão das declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá:
- I. Na hipótese de não ocorrência de evento coberto:**
 - A.** Rescindir o contrato de 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 do prêmio devido ou restringindo a cobertura contratada.
 - II. Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento parcial do capital segurado:**
 - A.** Rescindir o contrato de seguro, após o pagamento da indenização devida, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
 - B.** Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao beneficiário, quando for o próprio segurado, ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
 - III. Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento integral do capital segurado, rescindir o contrato de seguro, após o pagamento de indenização, mediante a cobrança da diferença de prêmio cabível.**
- 21.3.** Também haverá a perda do direito ao capital segurado, nos seguintes casos praticados pelo segurado, beneficiário, corretor e seus respectivos representantes legais:
- não cumprimento das obrigações contratuais da apólice;
 - utilização de declarações falsas, simulação acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização;
 - fraude ou tentativa de fraude, inclusive em laudos médicos que justifiquem 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 do(s) segurado(s), para obter ou majorar seu capital segurado.
- 21.4.** O(s) segurado(s) está(rão) obrigado(s) 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.

- 21.5. Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração.
- 21.6. 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.
- 21.7. 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 do(s) beneficiário(s) 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. O(s) beneficiário(s) poderá(ão) ser alterado(s) 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-datador.
- 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 do(s) beneficiário(s) 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 ao(s) antigo(s) beneficiário(s).
- 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 filho(s) será sempre o segurado.
- 22.6. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.
- 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 ou separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.
- 22.9. **Na falta das pessoas indicadas no item 22.8, 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:
- fornecer à seguradora todas as informações necessárias para inclusão mensal de segurados e consequente emissão de faturas, se couber;
 - 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;
 - fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
 - discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo artigo 7º da Resolução CNSP 107/04;
 - pagar no banco credenciado, o valor total dos prêmios, se couber;
 - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice;
 - discriminar o nome da seguradora, nos documentos e comunicações referentes ao seguro objeto desta contratação, desde que previamente aprovados pela seguradora;
 - comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa;
 - 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. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 26.1.** Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 26.2.** Qualquer alteração em contrato 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 dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 26.3.** **Neste seguro não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados.**
- 26.4.** **O registro destas condições gerais na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.**
- 26.5.** **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.**
- 26.6.** **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.**
- 26.7.** Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, estabelecer que os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.
- 26.8.** 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.
- 26.9.** 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.
- 26.10.** Este seguro está estruturado em regime financeiro de repartição simples, e não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados.

27. FORO

- 27.1.** As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a sociedade seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

| 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 |
| 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 1° (primeiro) dedo, equivalente ½ (metade), e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 (um terço) do respectivo dedo | |
| Encurtamento de um dos membros inferiores: | |
| - de 5 (cinco) centímetros ou mais | 15 |
| - de 4 (quatro) centímetros | 10 |
| - de 3 (três) centímetros | 6 |
| - 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 fistulas | 15 |
| Bilateral | 14 |
| Bilateral com fistulas | 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 |
| 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 |
| 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

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. 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 pessoal coberto, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.
- 1.2. 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.
- 1.3. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- 1.4. 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.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, 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 órteses de qualquer natureza e próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

3. ELEGIBILIDADE

- 3.1. Serão elegíveis para esta cobertura todas as pessoas físicas que possuírem vínculo com o estipulante, e que se encontrarem em plena atividade profissional e em condições normais de saúde na data da contratação do seguro.

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 4.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições contratuais deste seguro.

5. PRÊMIO

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

6. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

- 6.1. Esta cobertura adicional cessará:
 - simultaneamente e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
 - 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.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio da Central de Atendimento.
- 7.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 7.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
 - 7.3.1. 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 Nacional 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.
- 7.4. O valor a ser reembolsado ao(s) segurado(s) estará limitado ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

- 7.5. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
- Comunicado de sinistro com informações gerais (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.
- 7.6. 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.
- 7.7. 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.
- 7.8. 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.
- 7.9. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicá-lo o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contado da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.
- 7.10. Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 7.11. 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.
- 7.12. 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) beneficiário(s) 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.

8. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

- 8.1. 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.
- 8.2. Para as coberturas de reembolso, a seguradora poderá solicitar, quanto da assinatura da proposta de adesão 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.
- 8.2.1. O segurado não será obrigado a informar à seguradora à contratação posterior de outros seguros de pessoas com cobertura concomitantes.

9. DISPOSIÇÃO FINAL

- 9.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. 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, ou seja, a cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições contratuais.
- 1.2. 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.
- 1.3. 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.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Diárias por Incapacidade Física Temporária:
 - a) epidemias e pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população, declaradas por órgão competente;
 - 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 abração 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.

3. ELEGIBILIDADE

- 3.1. Serão elegíveis para esta cobertura todas as pessoas físicas que possuírem qualquer vínculo com o estipulante e que se encontrarem em plena atividade profissional e em condições normais de saúde na data da contratação do seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado corresponderá à quantidade máxima de dias contratada, multiplicada pelo valor da diária.
- 4.2. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5. PRÊMIO

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

6. CARÊNCIA

- 6.1. Poderá ser aplicada uma carência de no mínimo 30 (trinta) dias, contados da data de início de vigência do respectivo risco individual, exceto para os casos de acidente.

7. FRANQUIA

- 7.1. Poderá ser aplicada uma franquia de no mínimo 15 (quinze) dias a contar da data da ocorrência do evento coberto.

8. LIMITE DE DIÁRIAS

- 8.1. É a quantidade máxima de diárias a que o segurado fará jus conforme contrato, a contar do 16º (décimo sexto) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais.

9. PERÍCIA MÉDICA

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

10. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

- 10.1. 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.
- 10.2. 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.
- 10.2.1 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.
- 10.3. 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.
- 10.4. Havendo divergências sobre a escolha do médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

11. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

- 11.1. Esta cobertura adicional cessará:
- simultaneamente e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
 - 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.

12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 12.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.
- 12.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 12.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 12.3.1. 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 Nacional 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.
- 12.4. O valor a ser indenizado ao(s) segurado(s) será igual ao valor da diária vezes o número de dias de afastamento, respeitados os períodos de carência e franquia.
- 12.5. **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:**

- 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.
- 12.6.** Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicá-lo o fato ao(s) beneficiário(s) 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.
- 12.7.** Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 12.8.** 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.
- 12.9.** 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) beneficiário(s) 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.

13. DISPOSIÇÃO FINAL

- 13.1.** Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 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
- 1.1.1. O pagamento de indenização será proporcional ao período de internação do segurado, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado nas condições especiais.

2. DEFINIÇÕES

Além das definições constantes nas condições gerais, deverão ser consideradas estas para fim desta cobertura:

- 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).
- 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.
- 2.3. **Tratamentos Cirúrgicos:** aqueles decorrentes de sinistros que exigem ato cirúrgico em regime de internação hospitalar.
- 2.4. **Tratamentos Clínicos:** aqueles decorrentes de sinistros que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicar em ato cirúrgico.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Diária por Internação Hospitalar (DIH):
- a) internação hospitalar decorrente de patologias classificadas como transtornos mentais e comportamentais;
 - b) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
 - c) 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;
 - d) 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;
 - e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
 - f) tratamento por rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
 - g) internação com duração menor do que 2 (duas) diárias; e
 - h) 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. ELEGIBILIDADE

- 4.1. Serão elegíveis para esta cobertura todas as pessoas físicas que possuírem qualquer vínculo com o estipulante e que se encontrarem em plena atividade profissional e em condições normais de saúde na data da contratação do seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado corresponderá à quantidade máxima de dias contratada, multiplicada pelo valor da diária.
- 5.2. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

6. PRÊMIO

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

7. CARÊNCIA

- 7.1. Não será aplicada para os eventos cobertos por esta cobertura.

8. FRANQUIA

- 8.1. A cobertura desta condição está sujeita a franquia de 2 (dois) dias, ou seja, somente estarão cobertas pelo seguro as internações hospitalares efetivadas a partir, inclusive, do terceiro dia da respectiva internação hospitalar.
- 8.2. Para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar, o período de franquia deverá ser de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

9. LIMITE DE DIÁRIAS

- 9.1. É a quantidade máxima de diárias a que o segurado fará jus, correspondente a até 365 (trezentos e sessenta e cinco).

10. PERÍCIA MÉDICA

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

11. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

- 11.1. 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.
- 11.2. 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.
 - 11.2.1 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.
- 11.3. 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.
- 11.4. Havendo divergências sobre a escolha do médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 12.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) segurado(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.
- 12.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) segurado(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 12.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
 - 12.3.1. 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 Nacional 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.
- 12.4. O valor a ser indenizado ao(s) segurado(s) será igual ao valor da diária vezes o número de dias de afastamento, respeitados os períodos de carência e franquia.
- 12.5. **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:**
 - **relatório do procedimento de internação com a descrição do tratamento, prognóstico e alta médica definitiva;**

- **Aviso de Sinistro preenchido pelo segurado, 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.**
- 12.6. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicá-lo o fato ao(s) beneficiário(s) 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.**
- 12.7. Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 12.8. O seguro dará cobertura se o segurado, ou alguém por ele indicado, comunicar a internação previamente à seguradora através de exames e relatórios do seu médico-assistente, a qual deverá ser por ele assinada, indicando a data e o motivo da internação, o tempo de existência da doença, dados clínicos que justifiquem o procedimento e o nome do hospital ou clínica onde será realizada a internação.**
- 12.9. Em qualquer caso, quando a comunicação da internação não obedecer à previsão de prazo dos itens precedentes, a seguradora poderá exigir do médico-assistente e da instituição hospitalar documentação complementar que caracterize, suficientemente, a internação.**
- 12.10. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.**
- 12.11. 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) beneficiário(s) 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.**
- 12.12. Quando a internação hospitalar superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo responsável ou alguém por ele indicado a cada 15 (quinze) dias.**
- 12.13. De posse do relatório médico atualizado, a seguradora efetuará o pagamento das diárias por internação hospitalar, de acordo com o valor contratado na proposta de adesão, correspondentes ao período em que o segurado esteve internado, a contar do último pagamento efetuado pela seguradora até a alta médica ou a utilização do limite de diárias.**
- 12.14. Quando o período de internação hospitalar não superar os 30 (trinta) dias, a seguradora providenciará um único pagamento correspondente ao período em que o segurado permaneceu internado.**
- 12.15. A seguradora efetuará o pagamento das diárias a que o segurado tiver direito de acordo com o período de internação hospitalar, desde que sejam justificadas por relatório médico e exames complementares, ou por auditoria médica.**
- 12.16. Em caso de morte do segurado, cessará o direito ao pagamento de diárias, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu internado serão indenizadas ao(s) seu(s) beneficiário(s) nos moldes da legislação sucessória em vigor.**

13. DISPOSIÇÃO FINAL

- 13.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.**

CONDIÇÃO ESPECIAL

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA 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 falecimento de seu cônjuge, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.
- 1.2. Por esta cobertura 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 adicionais mediante solicitação na proposta de adesão, 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. 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 registrados(as) de acordo com regulamentação própria.
- 3.3. **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 como segurado, não haverá direito à indenização, sendo nesses últimos casos devolvidos os VALORES DO PRÊMIO REFERENTE À INCLUSÃO INDEVIDA DA COBERTURA DE CÔNJUGE.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. De acordo com o disposto no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE

- 5.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:
 - na data do início da garantia 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 ou sua invalidez permanente total por acidente;
 - na ocorrência de separação judicial ou divórcio;
 - 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 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 gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

COBERTURA ESPECIAL

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao próprio segurado, durante a vigência do seguro, em caso de falecimento de algum de seus filhos dependentes, maior de 14 (quatorze) anos, excetuando-se os riscos excluídos previstos em contrato. 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. Cada filho está coberto apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados, sendo considerado dependente do cônjuge de maior capital segurado.
- 1.3. 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 condições normais 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 no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.**

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

- 5.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:
 - na data do início da garantia 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 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 ou do titular ou com sua invalidez permanente total por acidente; e/ou
 - a pedido por escrito do segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O capital segurado da cobertura de morte 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, a indenização será paga aos herdeiros legais.

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.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

COBERTURA ESPECIAL

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA 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 falecimento de seu cônjuge, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.
- 1.2. O cônjuge poderá, também, participar das coberturas adicionais mediante solicitação na proposta de adesão 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 dos segurados que expressamente autorizarem/solicitarem sua inclusão de forma facultativa.
- 3.2. **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 nesses últimos casos devolvidos os VALORES DO PRÊMIO REFERENTE À INCLUSÃO INDEVIDA DA COBERTURA DE CÔNJUGE.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. De acordo com o disposto no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE

- 5.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:
 - na data do início da cobertura do risco individual do segurado, desde que a inclusão de seu cônjuge seja solicitada simultaneamente, mediante análise e aceitação pela seguradora; e
 - quando este não for incluído simultaneamente com o segurado, o início de vigência do risco individual do seguro do cônjuge será a partir da vigência correspondente ao mês da solicitação expressa do segurado.

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 ou 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 facultativo e 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;
- 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 gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL

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.
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, 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

Ouvidor: 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.