

# **SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO**

**Condições Contratuais**

**Versão 3.0**

CNPJ 61.074.175/0001-38  
Processo SUSEP nº 15414.002196/2008-48

## ÍNDICE

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	4
2. DEFINIÇÕES.....	4
3. COBERTURAS DO SEGURO .....	6
4. RISCOS EXCLUÍDOS .....	6
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	7
6. INCLUSÃO DO SEGURADO .....	7
7. CARÊNCIA.....	7
8. FRANQUIA.....	7
9. ACEITAÇÃO DO SEGURO .....	7
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	8
11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE .....	8
12. CAPITAIS SEGURADOS .....	9
13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	9
14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	9
15. PAGAMENTO DO PRÊMIO .....	9
16. REAVALIAÇÃO DE TAXA.....	10
17. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO .....	10
18. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO.....	10
19. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	10
20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	11
21. PERDA DE DIREITOS .....	12
22. BENEFICIÁRIOS.....	13
23. SUB-ROGAÇÃO.....	13
24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE .....	13
25. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA.....	14
26. DISPOSIÇÕES FINAIS .....	14
27. FORO .....	14
<b>CONDIÇÕES ESPECIAIS.....</b>	<b>15</b>
COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL EM ÔNIBUS .....	15
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	15
2. DEFINIÇÕES.....	15
3. RISCOS EXCLUÍDOS .....	15
4. ELEGIBILIDADE.....	15
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	15
6. CARÊNCIA.....	15
7. FRANQUIA.....	15
8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA .....	15

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	15
10. BENEFICIÁRIOS.....	16
11. DISPOSIÇÃO FINAL .....	17
<b>COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....</b>	<b>18</b>
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	18
2. DEFINIÇÕES.....	18
3. RISCOS EXCLUÍDOS .....	18
4. ELEGIBILIDADE.....	18
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	19
6. CAPITAL SEGURADO .....	19
7. PRÊMIO .....	19
8. CARÊNCIA .....	19
9. FRANQUIA .....	19
10. LIMITE DE DIÁRIAS OU EVENTOS .....	19
11. PERÍCIA MÉDICA.....	19
12. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA.....	19
13. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	19
14. DISPOSIÇÃO FINAL .....	20
<b>OUVIDOR.....</b>	<b>21</b>

## 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 indicadas na proposta de contratação (assinada pelo estipulante), proposta de adesão (assinadas pelos proponentes/segurados), nas condições contratuais e no certificado individual, **desde que o evento não se enquadre nos “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, ainda, neste conceito:
- a) O suicídio, ou sua tentativa, o qual, para fins de indenização, será equiparado a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
  - b) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
  - c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
  - d) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
  - e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais de origem traumática da coluna vertebral causadas exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas.
- 2.1.2. Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:
- a) **As doenças, incluídas as profissionais, pandemias ou epidemias declaradas por órgão competente, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
  - b) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer momento; e**
  - c) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como “invalidez acidentária”, em que 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 fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).
- 2.12. **Doença ou Deficiência Preexistente:** toda debilidade congênita, adquirida ou decorrente de acidente que comprometa a função orgânica ou motora ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta, quer por suas consequências indiretas, existentes anteriormente à contratação do seguro, da qual ele tenha conhecimento, e que não seja informada no momento da contratação, de acordo com o declarado na proposta de adesão.
- 2.13. **Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar total ou parcialmente do custeio do plano, e como estipulante-averbador, quando não participar do custeio.
- 2.14. **Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto passível de ser indenizado.
- 2.15. **Franquia:** período contínuo contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.
- 2.16. **Garantias:** as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.
- 2.17. **Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.18. **Grupo Segurável:** totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúnem as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.19. **Indenização:** pagamento em dinheiro efetuado pela seguradora ao segurado ou ao seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada(s).
- 2.20. **Início de Vigência:** a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão cobertas pela seguradora.
- 2.21. **Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.
- 2.22. **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.23. **Período de Vigência:** período durante o qual o segurado fará jus às coberturas contratadas.
- 2.24. **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos feito(s) pelo(s) segurado(s), destinados ao custeio do seguro.
- 2.25. **Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os percentuais ou valores de carregamento e os impostos.
- 2.26. **Proponente:** o interessado em contratar a(s) cobertura(s), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.27. **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.
- 2.28. **Riscos Excluídos:** os riscos previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.
- 2.29. **Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.30. **Seguradora:** pessoa jurídica legalmente constituída, autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil, e que recebendo o prêmio, assume o risco de indenizar o Segurado ou beneficiário, em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo contrato de seguro.
- 2.31. **Seguro Contributário:** aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcialmente para o estipulante, e este o repassa à seguradora.
- 2.32. **Seguro Não Contributário:** aquele em que o estipulante paga a totalidade do prêmio à seguradora.
- 2.33. **Sinistro:** ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.

### 3. COBERTURAS DO SEGURO

#### 2.1. COBERTURA BÁSICA

##### 2.1.1. MORTE ACIDENTAL

**2.1.1.1.** 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.

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

**2.1.1.3.** 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.

#### 2.2. COBERTURAS ADICIONAIS

**2.2.1.** Este seguro pode contemplar a contratação das seguintes coberturas adicionais, que terão condições especiais e serão mencionadas no certificado individual:

##### 2.2.1.1. MORTE ACIDENTAL EM ÔNIBUS

**2.2.1.1.1.** Este seguro tem por objetivo garantir 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, ocorrido dentro de ônibus devidamente regulamentado por entidade integrante do Sistema Nacional de Trânsito, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.

##### 2.2.1.2. DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**2.2.1.2.1.** Garante ao segurado o pagamento de uma importância segurada, contratada por dia de internação hospitalar comprovada em estabelecimento devidamente regulamentado 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, observados o período de franquia, o limite máximo por evento e as restrições legais e contratuais.

**2.2.2.** É necessária a contratação da cobertura básica para a contratação de cobertura adicional.

### 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) Perturbações mentais, nervosas e emocionais;
- f) Envenenamentos por absorção de substância tóxica, exceto escapamento de gases e vapores;
- g) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) Suicídio ou a tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual;
- i) 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;
- 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) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se forem resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
- l) 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.

- m) Epidemias e pandemias, incluindo a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas e desde que declaradas por órgão competente;
  - n) Doação e transplante intervivos;
  - o) 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 esteja no exercício de prática de esportes; e
  - p) O segurado dirigir, sem possuir habilitação apropriada, veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeira aptidão.
- 4.2. É vedada a exclusão de morte ou incapacidade do segurado quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio a outrem.
- 4.3. **EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS**  
Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

## 5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

## 6. INCLUSÃO DO SEGURADO

- 6.1. A inclusão do(s) segurado(s) na apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo exigido para análise de aceitação o preenchimento e assinatura de proposta de adesão, bem como uma declaração pessoal ou prova de saúde e/ou atividades, podendo ser compulsória ou facultativa.
- 6.2. Deverá constar da proposta de adesão assinada pelo proponente, cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

## 7. CARÊNCIA

- 7.1. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais nenhum prazo de carência será aplicado, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando a referida carência corresponderá a 02 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

## 8. FRANQUIA

- 8.1. Não será aplicada franquia para os eventos cobertos por este seguro, observando-se as condições especiais das garantias adicionais.

## 9. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 9.1. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão e a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
- 9.2. A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de seguro 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.**
  - 9.3.2. **A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.**
  - 9.3.3. **Havendo motivos para recusa, a seguradora devolverá o valor do prêmio antecipado. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice 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 da data da recusa.**

- 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 ao 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.
- 9.6. Para cada segurado aceito no seguro será emitido e enviado um certificado individual no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

## 10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 10.1. A vigência da cobertura individual nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio terá início às 24 (vinte e 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.
- 10.2. 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 e quatro) horas da data da recepção da proposta de adesão pela sociedade seguradora.
- 10.3. O seguro terá vigência pelo período em que a apólice estiver em vigor, ou seja, até sua data de término, caso a vigência não seja renovada ou cancelada conforme previsto nas condições contratuais.
- 10.4. A vigência individual será renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, conforme o período de vigência e renovação da apólice disposto no item 11 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.
- 10.5. Em caso de desinteresse em renovar o seguro, o segurado deverá comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade ao estipulante, para que este comunique a seguradora.
- 10.6. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).

## 11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

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

## 12. CAPITAIS SEGURADOS

- 12.1. Os limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante conforme as condições contratuais acordadas entre as partes.
- 12.2. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional.

## 13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 13.1. Poderá ser efetuado o aumento espontâneo dos capitais segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito do estipulante, observando-se sempre o limite máximo de capital segurado individual vigente. Se forem aceitos pela seguradora, o início da vigência dos novos capitais segurados será 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. O estipulante fica ciente de 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 da apólice.
- 14.4. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV).
- 14.5. Para os seguros de prazo inferior a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.

## 15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 15.1. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais.
- 15.1.1. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte acidental serão atualizados de acordo com o índice previsto no item 14 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.
- 15.1.2. A data-limite para pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.
- 15.1.3. 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, caso previsto no contrato.

**15.6.** Como este plano está estruturado em regime financeiro de repartição simples, não estão previstos a devolução ou o regate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

## **16. REAVALIAÇÃO DE TAXA**

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

**16.2.** Em caso de reavaliação de taxas, caso implique em ônus, 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; e
- Quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago.

## **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.

**19.3.** No caso de morte acidental do segurado, o seguro será extinto automaticamente na data do evento coberto.

**19.4.** A apólice não poderá ser cancelada durante a sua vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

**19.5.** 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;
- O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer momento mediante acordo entre as partes contratantes e no caso de seguro coletivo, com a anuência prévia e expresso dos segurados que representem no mínimo  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.

**19.6.** No caso de resilição 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 do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

II. quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto abaixo:

**Tabela de Prazo Curto**

Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção de prazo em dias	% do Prêmio	Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção de prazo em dias	% do Prêmio
15/365	13	195/365	73
30/365	20	210/365	75
45/365	27	225/365	78
60/365	30	240/365	80
75/365	37	255/365	83
90/365	40	270/365	85
105/365	46	285/365	88
120/365	50	300/365	90
135/365	56	315/365	93
150/365	60	330/365	95
165/365	66	345/365	98
180/365	70	365/365	100

19.6.1. Para prazos não previstos na tabela acima, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente superior.

## 20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 20.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou seu(s) 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 básica disposta no subitem 20.5.1, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 20.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice 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, calculados pro rata temporis desde a data do evento até a data do efetivo pagamento.
- 20.3.2. 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 integral do capital segurado vigente na data do evento, em 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 RG/RNE e CPF do beneficiário;
  - Comprovante de residência do beneficiário;
  - Cópia do certificado do seguro;
  - 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.

- 20.6.** 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 a mesma inclusive solicitar outros documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele 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.

## **21. PERDA DE DIREITOS**

- 21.1.** O segurado perderá o direito à indenização, caso haja, por parte do(s) mesmo(s), seus representantes legais, corretor de seguros, prepostos ou beneficiários, nos seguintes casos:
- Inexatidão ou omissão em circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, além de estar o segurado obrigado a pagar o prêmio vencido;
  - Não-cumprimento das obrigações definidas nestas Condições Gerais;
  - Utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização;
  - Fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham a justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
  - Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto;
  - Solicitação de exclusão do seguro feita pelo segurado ou pelo estipulante; e
  - Dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação dos seguros por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) beneficiário(s) para obter ou majorar seu capital segurado.
- 21.2.** Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:
- I – Na hipótese de não-ocorrência do sinistro:
- a) Ao cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
  - b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- II – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
- a) Cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
  - b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário, ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
- III – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.
- 21.3.** 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(em) o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou(aram) de má-fé.
- 21.3.1.** Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração.
- 21.4.** A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência por escrito ao segurado de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

**21.6. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.**

## **22. BENEFICIÁRIOS**

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

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

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

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

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

**22.6.** 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.

**22.7.** Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

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

## **23. SUB-ROGAÇÃO**

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

## **24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE**

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

- a) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para inclusão mensal de segurados e consequente emissão de faturas, se couber;
- b) Manter a seguradora informada a respeito do segurado, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido nesta apólice;
- c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo artigo 7º da Resolução CNSP 107/04;
- e) Pagar no banco credenciado o valor total dos prêmios, se couber;
- f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice;
- g) Discriminar o nome da seguradora nos documentos e comunicações referentes ao seguro objeto desta contratação, desde que previamente aprovados pela seguradora;
- h) Comunicar à seguradora tão logo tome conhecimento a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa;
- i) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a regulação de sinistros;
- j) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer à 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 a complementação do processo, passando, a partir de sua entrega, a contar novo prazo para a 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; e
  - 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 modificação da apólice em vigor que implique ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa dos segurados que representem no mínimo  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.
- 26.3. **Este seguro está estruturado em regime financeiro de repartição, não havendo 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. **A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.**
- 26.6. **O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br) pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**
- 26.7. **Este seguro será por prazo determinado, tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.**
- 26.8. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.
- 26.8.1. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.
- 26.9. 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.

## 27. FORO

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

## CONDIÇÕES ESPECIAIS

### COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL EM ÔNIBUS

#### 1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Este seguro tem por objetivo garantir 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, ocorrido dentro de ônibus devidamente regulamentado por entidade integrante do Sistema Nacional de Trânsito, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.
- 1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a “data do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.
- 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.

#### 2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Lotação:** veículo automotor de transporte coletivo de porte médio (capacidade para mais de 10 (dez) e menos de 20 (vinte) passageiros) que assegura o transporte entre bairros; e
- 2.2. **Ônibus:** veículo automotor de transporte coletivo com capacidade para mais de 20 (vinte) passageiros, ainda que, em virtude de adaptações com vista à maior comodidade destes, transporte número menor.  
**Em ambos os casos, os veículos deverão estar devidamente regulamentados por entidade integrante do Sistema Nacional de Trânsito.**

#### 3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. São os riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais.

#### 4. ELEGIBILIDADE

- 4.1. Serão elegíveis para esta cobertura todas as pessoas físicas que se encontrarem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

#### 5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1. A cobertura do seguro prevista nesta condição geral aplica-se para eventos cobertos ocorridos em território nacional.

#### 6. CARÊNCIA

- 6.1. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais todos os prazos de carência não serão aplicados, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando a referida carência corresponderá a 02 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.
- 6.2. Entretanto, o prazo de carência, não poderá exceder metade do prazo de vigência.

#### 7. FRANQUIA

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

#### 8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 8.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições contratuais deste seguro.
- 8.2. Após o pagamento da indenização da Cobertura de Morte Acidental em Ônibus, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

#### 9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1. 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.
- 9.2. 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.
- 9.3. A partir da entrega de toda a documentação básica disposta no subitem 9.6, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
  - 9.3.1. 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, calculados pro rata temporis desde a data do evento até a data do efetivo pagamento.

- 9.4. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor integral do capital segurado vigente na data do evento, em parcela única.
- 9.5. **Na ocorrência de Morte Acidental em Ônibus, as coberturas de Morte Acidental e Morte Acidental em Ônibus se acumulam.**
- 9.6. **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação de documentação solicitada nas Condições Gerais, e ainda dos seguintes documentos:**
- 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;
  - cópia do RG /RNE e CPF do beneficiário;
  - cópia do comprovante de residência do segurado e beneficiário;
  - cópia do certificado do seguro;
  - cópia do registro de empregado e comprovante de pagamento do salário do mês do óbito;
  - cópia do Boletim de Ocorrência Policial;
  - cópia do CNH, se for acidente de trânsito (e quando a vítima for o motorista);
  - Laudo Necroscópico do IML;
  - cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), se for o caso, e cópia do registro de empregado;
  - formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente.
- 9.7. **Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato por escrito ao(s) beneficiário(s) 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.**
- 9.8. Em caso de dúvida fundada e justificável, será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo a mesma inclusive solicitar outros documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 9.9. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.
- 9.10. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, seu reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará ao(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.

## 10. BENEFICIÁRIOS

- 10.1. A indicação dos beneficiários deverá ser clara e precisa, sendo de livre escolha do segurado e devendo constar na proposta de adesão preenchida pelo mesmo, observando-se as limitações previstas no Código Civil vigente.
- 10.2. Os beneficiários poderão ser alterados a qualquer momento pelo segurado, bastando o encaminhamento à seguradora do formulário Informe de Alteração de Nome/Beneficiários, devidamente preenchido e assinado. A alteração de beneficiário só terá validade a partir do recebimento desse formulário pela seguradora, confirmada pelo relógio-datador.
- 10.3. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, será ilícita a substituição dos beneficiários por ato entre vivos ou de última vontade.
- 10.3.1. Quando a seguradora não for informada oportunamente da substituição, ficará desobrigada pagando o capital segurado aos antigos beneficiários.
- 10.4. **A pessoa que for legalmente inibida de receber doação do segurado não poderá ser instituída como seu beneficiário.**
- 10.5. O beneficiário do(s) cônjuge(s) e filhos será sempre o segurado.
- 10.6. Caso não seja(m) indicado(s) o(s) beneficiário(s) na proposta de adesão, o capital segurado será pago conforme os princípios estabelecidos no Código Civil vigente.
- 10.7. 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.

**10.8.** Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

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

## **11. DISPOSIÇÃO FINAL**

**11.1.** Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais do seguro.

## 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 devidamente regulamentado 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, observados o período de franquia, o limite máximo por evento e as restrições legais e contratuais.

### 2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições constantes no item 2 - DEFINIÇÕES das Condições Gerais, para fim desta cobertura deverão ser consideradas as seguintes:
- 2.1.1. Hospital:** o estabelecimento legalmente autorizado para funcionar como tal e que dispõe de um corpo clínico permanente composto de, no mínimo, 1 (um) médico e 1 (um) enfermeiro diplomado, com serviço de enfermagem, onde um paciente possa permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas consecutivas. 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;
  - Clínicas ou locais de acomodações e/ou tratamento para recuperação de viciados em álcool ou drogas;
  - Instituições de saúde hidroterápicas ou clínicas de métodos curativos naturais; casas de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécie; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou spas;
  - “Home Care” - internação domiciliar.
- 2.1.2. Internação Hospitalar:** período de permanência do segurado na instituição hospitalar legalmente habilitada por determinações médicas, resultante de acidente pessoal ocorrido com o mesmo.
- 2.1.3. Tratamentos Cirúrgicos:** aqueles decorrentes de sinistros que exigem ato cirúrgico no segurado em regime de internação hospitalar resultante de acidente pessoal ocorrido com o mesmo.
- 2.1.4. Tratamentos Clínicos:** aqueles decorrentes de sinistros que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicar ato cirúrgico no segurado, resultantes de acidente pessoal ocorrido com o mesmo.

### 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 1 (uma) diária; 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 se encontrarem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

## 5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1. As coberturas do seguro previstas nesta condição especial aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em território nacional.

## 6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado corresponderá à quantidade máxima de dias contratados e estipulados na proposta de adesão, multiplicada pelo valor da diária.
- 6.2. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

## 7. PRÊMIO

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

## 8. CARÊNCIA

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

## 9. FRANQUIA

- 9.1. A cobertura desta condição está sujeita à franquia mínima de 24 (vinte e quatro) horas, ou seja, somente estarão cobertas pelo seguro as internações hospitalares efetivadas a partir do segundo dia, e inclusive nele, da respectiva internação hospitalar. O período de franquia deverá ser de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

## 10. LIMITE DE DIÁRIAS OU EVENTOS

- 10.1. É a quantidade máxima de diárias ou eventos a que o segurado fará jus, conforme regras estabelecidas nas condições contratuais.

## 11. PERÍCIA MÉDICA

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

## 12. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

- 12.1. No caso de divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões e a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor-lhe, por meio de correspondência escrita, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica formada de 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 que tiver designado; os do terceiro serão pagos em parte iguais pelo segurado e pela seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de no máximo 15 (quinze) dias, a contar da data de indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 12.2. Havendo divergências sobre a escolha do médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

## 13. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 13.1. 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 da Central de Atendimento.
- 13.2. 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.
- 13.3. A partir da entrega de toda a documentação básica disposta no subitem 13.5, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 13.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias 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, calculados pro rata temporis desde a data do evento até a data do efetivo pagamento.
- 13.4. 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, em parcela única.
- 13.5. **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:**
- **Formulários “Informações Gerais” preenchido e assinado pelo segurado;**
  - **alta hospitalar – declaração de internação do hospital em papel timbrado e em que conste o CRM do médico responsável, com informação de entrada e alta/saída (data e horário);**

- relatório médico de internação – relatório médico com descrição das lesões sofridas pela vítima em decorrência do acidente e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, data de entrada e saída do hospital, em papel timbrado constando o CRM do médico responsável;
  - todos os exames realizados;
  - cópia do Boletim de Ocorrência – em caso de acidente de trânsito;
  - Boletim de Ocorrência se houver demais acidentes;
  - cópia da CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho);
  - cópia do CNH do segurado e, se houver, resultado do laudo toxicológico, se a internação for ocasionada por acidente de trânsito e a vítima for o segurado;
  - cópia autenticada do CPF e RG/RNE do segurado;
  - cópia de comprovante de endereço do segurado e do beneficiário;
  - formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;
  - cópia do certificado do seguro.
- 13.6.** 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.
- 13.7.** Em caso de dúvida fundada e justificável, será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo a mesma inclusive solicitar outros documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 13.8.** O seguro dará cobertura se o segurado, ou alguém por ele indicado, comunicar a internação previamente à seguradora com exames e relatórios do seu médico-assistente, que deverá assiná-la, indicando a data e o motivo da internação, os dados clínicos que justifiquem o procedimento e o nome do hospital ou clínica.
- 13.9.** 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.
- 13.10.** 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.
- 13.11.** 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 do agente captador do seguro.
- 13.12.** 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.
- 13.13.** 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 e 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.
- 13.14.** 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.
- 13.15.** 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.
- 13.16.** Em caso de morte do segurado, cessará o direito ao pagamento de diárias.

## **14. DISPOSIÇÃO FINAL**

- 14.1.** Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais da apólice.

---

## 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](http://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.