

# SEGURO GLOBAL DE ACIDENTES PESSOAIS

## Condições Gerais

CNPJ 54.484.753/0001-49  
Processo SUSEP nº 15414.002912/2006-25

## ÍNDICE

1. DEFINIÇÕES .....	3
2. OBJETIVO .....	5
3. GARANTIAS DO SEGURO .....	5
4. RISCOS EXCLUÍDOS .....	11
5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS GARANTIAS .....	12
6. CARÊNCIAS .....	12
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO .....	12
8. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL .....	13
9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO .....	13
10. CAPITAL SEGURADO .....	13
11. CORREÇÃO DOS VALORES DE PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO .....	14
12. PRÊMIO .....	14
13. CANCELAMENTO DO SEGURO .....	14
14. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL .....	14
15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO .....	15
16. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO .....	15
17. FORMAS DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO .....	17
18. BENEFICIÁRIOS .....	17
19. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO .....	18
20. DISPOSIÇÕES GERAIS .....	18
21. FORO .....	18
<b>22. ANEXO I</b>	
<b>CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE .....</b>	<b>19</b>
1. OBJETIVO .....	19
2. GARANTIAS .....	19
3. ACEITAÇÃO .....	19
4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL .....	19
5. BENEFICIÁRIO .....	19
6. DISPOSIÇÃO FINAL .....	19
<b>23. ANEXO II</b>	
<b>CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS .....</b>	<b>20</b>
1. OBJETIVO .....	20
2. GARANTIAS .....	20
3. ACEITAÇÃO .....	20
4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL .....	20
5. BENEFICIÁRIO .....	20
6. DISPOSIÇÕES FINAIS .....	20
<b>OUVIDOR .....</b>	<b>21</b>

Seja bem-vindo à Seguradora, uma companhia acessível, flexível e transparente.

A seguir, você encontrará a descrição de nossas **Condições Gerais**.

## 1. DEFINIÇÕES

### 1.1. Acidente Pessoal:

O evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a Morte ou Invalidez permanente total ou parcial do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de Indenização, ao acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

- b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2) as 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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho–DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo–LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b.3) 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, definido no subitem 1.1 desta cláusula;

### 1.2. Apólice:

Documento emitido e assinado pela Seguradora que comprova a relação contratual e formaliza a aceitação do risco.

### 1.3. Atividade Laborativa Principal:

Atividade Laborativa Principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas **Condições Contratuais**.

### 1.4. Beneficiário:

Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos Capitais Segurados, em caso de ocorrência do evento coberto contratado.

### 1.5. Capital Segurado:

É a importância máxima a ser paga ou reembolsada ao Beneficiário em função do valor estabelecido para cada garantia contratada, vigente na data do evento.

### 1.6. Carência:

É o período, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual o Segurado não tem direito às Garantias contratadas.

### 1.7. Carregamento:

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização do plano.

### 1.8. Companheiro(a):

É a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios previstos contratualmente.

**1.9. Condições Contratuais:**

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, do Contrato.

**1.10. Condições Gerais:**

Conjunto de cláusulas que regem um mesmo seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários, do Estipulante e do Subestipulante.

**1.11. Condições Especiais:**

Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de garantia que possam ser contratadas dentro de um mesmo seguro.

**1.12. Contrato:**

Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante ou Subestipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do seguro, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante ou Subestipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

**1.13. Dependentes:**

São o Cônjuge e os filhos, enteados e menores considerados dependentes econômicos do Segurado Principal, de acordo com a Legislação do Imposto de Renda, desde que não tenham vínculo com o Estipulante ou Subestipulante.

**1.14. Doenças ou Lesões Preexistentes:**

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de Seguro.

**1.15. Estipulante ou Subestipulante:**

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.

**1.16. Evento Coberto:**

É o acontecimento futuro, possível, lícito e incerto, de natureza involuntária e imprevisível, **desde que ocorrido durante a validade da Apólice e que não esteja excluído pelas Condições Contratuais deste seguro**, em virtude do qual o Beneficiário pode receber o Capital Segurado previsto nas garantias contratadas.

**1.17. Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica:**

É o documento pelo qual o Beneficiário solicita a Indenização à Seguradora.

**1.18. Garantias:**

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado, através de suas Condições Contratuais, quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

**1.19. Grupo Segurável:**

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante ou Subestipulante que reúne as condições para possível inclusão na Apólice coletiva.

**1.20. Grupo Segurado:**

É a totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceita e incluída na Apólice coletiva.

**1.21. Indenização:**

Valor, limitado ao Capital Segurado contratado, que a Seguradora deverá pagar ao(s) Beneficiário(s) quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

**1.22. Início de Vigência:**

É a data a partir da qual as garantias contratadas serão cobertas pela Seguradora.

**1.23. Médico:**

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico o próprio Segurado, seu Cônjuge, seus Dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

**1.24. Nota Técnica Atuarial:**

É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

**1.25. Prêmio:**

Valor que o Segurado e/ou Estipulante ou Subestipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pelas garantias contratadas.

**1.26. Proposta de Contratação:**

É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em caso de contratação coletiva, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de aderir ou contratar o seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

**1.27. Reintegração do Capital Segurado:**

É a recomposição do Capital Segurado após a ocorrência de um evento que gere pagamento parcial de Invalidez Permanente por Acidente.

**1.28. Riscos Excluídos:**

Eventos preestabelecidos nas Condições Contratuais, que não serão cobertos pelo plano, ou seja, isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento relativo a estes eventos.

**1.29. Segurado:**

A pessoa física, sobre a qual se procede a avaliação do risco e que é efetivamente aceita pela Seguradora e incluída no seguro.

**1.30. Segurado Principal:**

É o Segurado que mantém vínculo legal comprovado com o Estipulante ou com o Subestipulante.

**1.31. Seguro de pessoas com capital global:**

Modalidade de contratação coletiva, respeitados os critérios técnico-operacionais, forma e limites fixados pela SUSEP, segundo a qual o valor do capital segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

**1.32. Sinistro:**

A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.

**1.33. Seguradora:**

É a Seguradora devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos das Condições Contratuais do Seguro contratado.

**1.34. Vigência da Apólice:**

É o período no qual a Apólice de seguro está em vigor.

**1.35. Vigência da Cobertura Individual:**

É o período em que o Segurado está coberto pelas garantias deste seguro.

**2. OBJETIVO**

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as Condições Contratuais.**

**Parágrafo Único – DEVIDO À NATUREZA DO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, ESTE PLANO NÃO PERMITE CONCESSÃO DE RESGATE, SALDAMENTO OU DEVOLUÇÃO DE QUAISQUER VALORES DE PRÊMIOS PAGOS, UMA VEZ QUE CADA PRÊMIO É DESTINADO A CUSTEAR O RISCO DE PAGAMENTO DE CAPITAL SEGURADO NO PERÍODO.**

**3. GARANTIAS DO SEGURO**

Poderão ser contratadas as seguintes Garantias:

**• Morte Acidental**

É a garantia do pagamento de um Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte do Segurado por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da Apólice.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
- não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

Esta garantia poderá ser contratada isoladamente.

• **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)**

É a garantia do pagamento de uma Indenização ao próprio Segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência da Apólice.

Esta garantia poderá ser contratada isoladamente.

Após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma Indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro.

**Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente**

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
<b>INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL</b>	
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	<b>100</b>
<b>PARCIAL DIVERSAS</b>	
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
<b>PARCIAL MEMBROS SUPERIORES</b>	
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 do valor do dedo respectivo	
<b>PARCIAL MEMBROS INFERIORES</b>	
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros.	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé.	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, equivalente ½, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
Encurtamento de um dos membros inferiores	
- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- De 4 (quatro) centímetros	10
- De 3 (três) centímetros	6
- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	
<b>PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA</b>	
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
<b>DIVERSAS</b>	
<b>MANDÍBULA</b>	
<b>Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos</b>	
Em grau mínimo	5
Em grau médio	10
Em grau máximo	20
<b>NARIZ</b>	
Amputação total do nariz com perda total do olfato	25

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do olfato	7
Perda do olfato com alterações gustativas	10
<b>APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO</b>	
Diplopia	15
<b>Lesões das vias lacrimais</b>	
Unilateral	7
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
<b>Lesões da pálpebra</b>	
Ectrópio unilateral	3
Ectrópio bilateral	6
Entrópio unilateral	7
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	3
Má oclusão palpebral bilateral	6
Ptose palpebral unilateral	5
Ptose palpebral bilateral	10
<b>APARELHO DA FONAÇÃO</b>	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
<b>SISTEMA AUDITIVO</b>	
Amputação total de uma orelha	8
Amputação total das duas orelhas	16
<b>PERDA DO BAÇO</b>	15
<b>APARELHO URINÁRIO</b>	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
Cistostomia (definitiva)	30
Incontinência urinária permanente	30
<b>Perda de um rim, com rim remanescente</b>	
com função renal preservada	30
Redução da função renal (não dialítica)	50
Redução da função renal (dialítica)	75
<b>Perda de rim único</b>	75
<b>APARELHO GENITAL E REPRODUTOR</b>	
Perda de um testículo	5
Perda de dois testículos	15
Amputação traumática do pênis	40
Perda de um ovário	5
Perda de dois ovários	15
Perda do útero antes da menopausa	30

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda do útero depois da menopausa	10
<b>PESCOÇO</b>	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Traqueostomia definitiva	40
<b>TÓRAX</b>	
<b>APARELHO RESPIRATÓRIO</b>	
Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
<b>Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)</b>	
com função respiratória preservada	15
com redução em grau mínimo da função respiratória	25
com redução em grau médio da função respiratória	50
com insuficiência respiratória	75
<b>MAMAS (FEMININAS)</b>	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
<b>ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)</b>	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
<b>INTESTINO DELGADO</b>	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva.	40
<b>INTESTINO GROSSO</b>	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
<b>RETO E ÂNUS</b>	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
<b>FÍGADO</b>	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
<b>SÍNDROMES NEUROLÓGICAS</b>	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	5
<b>HÉRNIA</b>	
Hérnia de disco cervical	<b>20</b>
Hérnia de disco lombar e torácica	<b>25</b>
Hérnia de Diafragma (sem comprometimento respiratório)	<b>20</b>

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	40
Hérnia inguinal ou inguino escrotal	10
Hérnia incisional	20
Hérnia de hiato	10
Hérnia umbilical	10
Hérnia epigástrica	10

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a Indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

Nos casos não especificados na tabela, a Indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independente de sua profissão.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à Indenização prevista para sua perda total.

Para efeito de pagamento da Indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

**A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à Indenização por invalidez permanente.**

**As Indenizações por Morte e Invalidez permanente por acidente não se acumulam. Se, depois de paga a Indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, do Capital Segurado por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente, se contratada esta garantia.**

**Após o pagamento da IPA total o risco do Segurado será automaticamente excluído da Apólice, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizado nos termos da legislação vigente.**

- **Diárias de Incapacidade Temporária (DIT)**

É caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer sua profissão ou atividade laborativa principal, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

**O número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, limitada a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, durante a vigência anual do Segurado.**

**O valor do Capital Segurado referente a cada diária não pode ser superior a 1/365 (um, trezentos e sessenta e cinco avos) do maior Capital Segurado estabelecido para as garantias de Morte Acidental e IPA.**

**Esta Garantia deverá ser comercializada apenas para Proponentes com vínculo empregatício comprovado.**

**A garantia de Diárias de Incapacidade Temporária não é extensiva aos Segurados dependentes.**

**Observado o limite contratual máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias de incapacidade temporária, estas são devidas a partir do 16º (décimo sexto) dia da caracterização da incapacidade.**

**Esta Garantia poderá ser contratada desde que seja concedida para a totalidade do Grupo Segurado e deverá estar expressa nas Condições Contratuais.**

- **Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)**

Esta garantia visa o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas, ocasionadas por acidente pessoal coberto, efetuadas para o tratamento do Segurado, até o limite do Capital Segurado, necessárias ao seu restabelecimento, com acompanhamento médico, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do acidente.

Os prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos serão escolhidos pelo Segurado, desde que legalmente habilitados.

Desde que preservada a livre escolha do Segurado, a Seguradora pode estabelecer acordo ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

Para efeito destas Condições Gerais, o valor do reembolso será limitado ao Capital Segurado contratado nas Condições Contratuais, e independentemente do valor das despesas médicas, hospitalares e odontológicas ser superior a este valor.

As Despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, nos termos estabelecidos nas Condições Contratuais.

Esta Garantia poderá ser contratada desde que seja concedida para a totalidade do Grupo Segurado e deverá estar expressa nas Condições Contratuais.

#### **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

**4.1. Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste seguro os acidentes ocorridos em consequência:**

- do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrente de prestação de serviço militar, da utilização de meio de transporte arriscado, da prática de esporte ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- 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;
- direta ou indireta de quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso do álcool, acima dos limites permitidos pela legislação vigente, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente pessoal coberto;
- de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação ou de Adesão (declaração pessoal de saúde e atividade), quando solicitada pela Seguradora, bem como suas conseqüências;
- ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada; e
- ataque de animais e picadas de insetos.

**4.2. Estão expressamente excluídas da Garantia de Diárias de Incapacidade Temporária:**

- incapacidade causada por doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação desta Apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela conseqüentes;
- hospitalização para “check-up”;
- gravidez e suas conseqüências;
- tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Segurado;
- tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- qualquer evento conseqüente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por:
  - a) tentativa de suicídio voluntário e premeditado;

- b) uso de substâncias psico-ativas, como tóxicos, entorpecentes, drogas e psicotrópicos;
- c) uso do álcool em suas diversas manifestações;
- d) epidemia, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza ou outras calamidades que atinjam maciçamente a população;
- e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- f) doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;
- g) distúrbios ou doenças psiquiátricas bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes.

**4.3. Estão expressamente excluídas da Garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas as despesas decorrentes de:**

- estados de convalescença, dietas especiais (após alta médica) e as despesas de seu(s) acompanhante(s);
- tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, bem como tratamentos experimentais e medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- cirurgias plásticas restauradoras que não sejam decorrentes de acidente pessoal coberto ocorrido na vigência desse seguro;
- aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- enfermagem de caráter particular, sob qualquer aspecto;
- despesas com gorjetas, telefonemas e frigobar.

**4.4. Exclusão para Atos Terroristas**

Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por atos terroristas, cabendo à Seguradora comprovar 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 atentório à ordem pública pela autoridade pública competente.

## **5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS GARANTIAS**

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

## **6. CARÊNCIAS**

O período de carência, definido nas Condições Contratuais, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual também estabelecido nas Condições Contratuais ou da sua recondução depois de suspenso.

**Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses.**

Caso o Grupo Segurado seja transferido de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela Apólice anterior.

## **7. ACEITAÇÃO DO SEGURO**

Poderão ser incluídos no seguro os componentes do Grupo Segurável, mediante a assinatura e o preenchimento da Proposta de Contratação, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários.

A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.

Recebida a Proposta de Contratação pela Seguradora, com todos os documentos exigidos para análise, terá início um período de 15 (quinze) dias, com cobertura condicional, no qual a Seguradora avaliará o risco.

O seguro será automaticamente aceito, caso a Seguradora não manifeste a recusa da Proposta de Contratação por escrito ao Estipulante ou Subestipulante, no prazo de 15 (quinze) dias, devidamente justificada. Este prazo será suspenso quando a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos para análise dos riscos, voltando a contar após a entrega dos mesmos.

A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias.

Havendo a recusa, dentro do prazo anteriormente estabelecido, caso a Seguradora tenha recebido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, este valor será restituído ao Estipulante ou Subestipulante, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela, sob a forma pro-rata tempore, referente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

A inclusão de Segurados Dependentes poderá ser feita de forma automática: quando o seguro abranger exclusiva e compulsoriamente todos os Cônjuges e/ou filhos dos Segurados Principais considerados Dependentes pela legislação do Imposto de Renda.

Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do segurado, desde que comprovada a união estável entre ambos por documentação oficial, e de acordo com a legislação em vigor.

São equiparados aos filhos, os enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.

Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais do mesmo Grupo Segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado.

O Cônjuge quando incluído no Seguro como Segurado Principal não poderá ser considerado Segurado Dependente e vice-versa.

## 8. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

O início de vigência do risco individual corresponderá à data de recebimento e protocolo, pela Seguradora, da Proposta de Contratação, desde que esta tenha sido aceita; ou, se posterior, a data de inclusão do Empregado na GFIP, com código 01, consultando o SEFIP, ou no caso de Sócio, a data da inclusão no Contrato Social ou Estatuto do Estipulante ou Subestipulante. A inclusão do Empregado no Seguro está condicionada à aceitação do mesmo pela Seguradora.

## 9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

**Este seguro é 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.**

A vigência do seguro é de 12 (doze) meses, podendo ser renovada automaticamente, uma única vez, salvo se a Seguradora ou o Estipulante ou Subestipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

Desde que estabelecido nas Condições Contratuais, o seguro poderá ser contratado com vigência inferior a 12 (doze) meses. Neste caso o prêmio será calculado, no mínimo, na base pro-rata tempore.

A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizer necessário, desde que não implique em ônus ou dever ou redução de direitos para os Segurados.

Será necessária a anuência de  $\frac{3}{4}$  (três quartos) dos Segurados para qualquer alteração da Apólice que acarrete ônus ou dever ou redução de direitos para o Segurado, inclusive quando da renovação da Apólice.

Ao Estipulante ou Subestipulante fica assegurada a prorrogação automática da Apólice por período no mínimo correspondente à carência fixada.

Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice, deverá comunicar aos Segurados e/ou ao Estipulante ou Subestipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.

## 10. CAPITAL SEGURADO

O valor do Capital Segurado individual, igual para todos os segurados, será apurado na data do evento, sendo equivalente ao valor do capital segurado global dividido pelo número de Segurados.

O número de segurados será calculado com base no total de Empregados que constarem e tiverem recolhimento na GFIP, consultando o SEFIP, e dos sócios constantes no Contrato Social ou Estatuto do Subestipulante, desconsiderando os Empregados recusados pela Seguradora.

Caberá ao Estipulante ou Subestipulante informar a Seguradora as alterações ocorridas no número de Empregados.

Para efeito de determinação do Capital Segurado, será considerada como data do evento, em todas as garantias deste seguro, a data do acidente.

A reintegração do Capital Segurado relativo à garantia de IPA é automática após cada acidente, desde que a invalidez não seja total.

**O Capital Segurado da Garantia do Dependente não poderá ser superior ao do Segurado Principal.**

## 11. CORREÇÃO DOS VALORES DE PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO

Os Capitais Segurados e os Prêmios deste seguro serão corrigidos anualmente, por ocasião da renovação do seguro, pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), tomando-se por base o índice anual acumulado até o segundo mês imediatamente anterior à renovação do seguro, ou de acordo com outros fatores objetivos dispostos nas Condições Contratuais.

Não caberá atualização monetária nos contratos com vigência inferior a 1 (hum) ano.

Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os Capitais Segurados pagáveis por morte ou invalidez, deverão ser atualizados pela variação positiva do IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados, com anuência do Grupo Segurado, por determinação legal da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, que estabelecerá as novas condições a serem aplicadas.

## 12. PRÊMIO

O custeio do Seguro será não contributivo, em que os Segurados Principais não pagam prêmio.

O prêmio poderá ser mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, conforme o definido nas Condições Contratuais.

Os prêmios serão pagos pelo Estipulante ou Subestipulante, em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito ou débito em conta corrente, conforme definido nas Condições Contratuais.

**Os prêmios em atraso serão acrescidos da atualização de acordo com o índice estabelecido no item 11 destas Condições Gerais e de juros de 12% (doze por cento) ao ano, calculado na base “pro-rata tempore”, bem como de multa de 2% (dois por cento), aplicados de uma só vez.**

Caso a data estabelecida nas Condições Contratuais para pagamento do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão da cobertura.

Servirão de comprovante de pagamento do prêmio o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado.

**Os valores de prêmio poderão ser reavaliados anualmente junto ao Estipulante ou Subestipulante, por ocasião da renovação da Apólice, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial deste seguro.**

**Os novos valores de prêmio serão aplicados para as novas Apólices e quando das renovações das Apólices em vigor, caso haja acordo com o Estipulante ou Subestipulante.**

## 13. CANCELAMENTO DO SEGURO

Havendo atraso no pagamento do prêmio, por período superior a 60 (sessenta) dias a contar da data de vencimento, a Seguradora se reserva o direito de cancelar automaticamente o seguro.

Durante o período de inadimplência a cobertura do seguro será mantida com conseqüente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da Indenização paga ao(s) Beneficiário(s).

O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes e, no caso do seguro coletivo, deverá haver anuência expressa de Segurados que representem no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do Grupo Segurado.

## 14. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada, observada a limitação constante no item 9 destas Condições Gerais.

O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo fato suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se for provado que silenciou de má-fé.

A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco sem culpa do Segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a garantia contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

O cancelamento só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.

Caso haja diferença de valor de prêmio calculado proporcionalmente ao período a decorrer, esta será restituída ao Segurado, atualizada de acordo com a legislação vigente.

Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado Principal cessa, ainda:

- com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante ou Subestipulante nos planos coletivos; ou
- quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice.

Além das situações mencionadas anteriormente e de outras previstas nas Condições Contratuais, a cobertura de cada Segurado Dependente cessa:

- se for cancelada a respectiva Cláusula Suplementar;
- com o cancelamento do seguro do Segurado Principal;
- se o Segurado Principal deixar o Grupo Segurado;
- com a morte do Segurado Principal;
- no caso de cessação da condição de Dependente;
- com a inclusão do dependente no Grupo Segurável Principal.

## 15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

O Segurado perderá o direito à Indenização, caso haja por parte do mesmo, seus representantes legais, corretor de seguros, seus prepostos ou seus Beneficiários:

- O agravamento intencional do risco;
- Inobservância das obrigações convencionadas na Apólice, que acarretem agravação do risco coberto;
- Fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um evento coberto, ou ainda, agravando suas conseqüências; ou
- Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Contratação que tenham influenciado na aceitação do seguro ou no valor do prêmio. Neste caso o Estipulante ou Subestipulante está obrigado a pagar o prêmio vencido.

Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado e/ou do Estipulante ou Subestipulante, a Seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II – na hipótese de 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.

## 16. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Em caso de ocorrência de um evento coberto por este seguro, o Beneficiário deverá comunicá-lo à Seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste item.

A partir da entrega de toda documentação exigível por parte do Beneficiário, a Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização.

Após este prazo, sobre os valores devidos incidirá, **desde a data do evento**, a atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido nestas Condições Gerais (item 11), apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e o último publicado antes da data de sua efetiva liquidação. Também haverá a incidência de juros moratórios de 0,5% (meio por cento) ao mês, a partir do último dia previsto para o pagamento.

**É facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do evento, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgar necessários à sua apuração. Neste caso, a contagem do prazo para pagamento da Indenização será suspensa e volta a contar a partir do dia útil subsequente àquele em que as solicitações forem completamente atendidas.**

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a 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 formada de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

**16.1.** Havendo divergências sobre a escolha do médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

**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.**

**16.2. A ocorrência do evento será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:**

**16.2.1 Em caso de Morte Acidental:**

**16.2.1.1.** Documentação Básica:

- Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido pelo Estipulante/Beneficiário, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal, e na parte referente ao médico, totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo mesmo, com firma reconhecida;
- Certidão de Registro da Ocorrência Policial (cópia autenticada);
- Carteira profissional atualizada (cópia de todas as páginas com anotações). O documento original deve ser apresentado para conferência no ato da entrega das cópias simples, sendo devolvido de imediato;
- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- Boletim de Ocorrência Policial (cópia autenticada);
- Certidão de Nascimento do segurado, se solteiro (cópia autenticada); ou
- Certidão de Casamento atualizada (pós óbito);
- RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Certidão de Nascimento/Casamento, RG e CPF do Beneficiário (cópia autenticada);
- Caso o Beneficiário seja a(o) Companheira(o) do Segurado: Documentação que comprove o vínculo de união estável e Escritura Pública de Declaração de Convivência Marital, devendo ser acrescida a informação quanto à existência de filhos do segurado, caso estes também sejam caracterizados como Beneficiários do seguro;
- Cópia autenticada da declaração de imposto de renda onde consta que o cônjuge/companheiro(a) seja dependente do segurado(a);
- Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s) (cópia autenticada);
- Laudo do Instituto Médico Legal (cópia autenticada);
- Informação de dados bancários dos Beneficiários.

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

**16.2.2.1.** Documentação Básica:

- Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido pelo Estipulante/Segurado, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal, e na parte referente ao médico, totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo mesmo, com firma reconhecida;
- Carteira profissional atualizada (cópia de todas as páginas com anotações). O documento original deve ser apresentado para conferência no ato da entrega das cópias simples, sendo devolvido de imediato;
- RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Exames médicos (original);
- Boletim de Ocorrência Policial (cópia autenticada);
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Informação de dados bancários do Segurado.

### 16.2.3. Em caso de Diária de Incapacidade Temporária:

#### 16.2.3.1. Documentação Básica:

- Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido pelo Estipulante/Segurado, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal, e na parte referente ao médico, totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo mesmo, com firma reconhecida;
- Exames e laudos médicos (cópia autenticada);
- Anotação do afastamento no campo próprio da Carteira de Trabalho (cópia autenticada);
- CPF e RG do Segurado (cópia autenticada);
- Comprovante de Residência do Segurado. (cópia autenticada);
- Documento emitido pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INSS) com memória de cálculo do benefício pago.

### 16.2.4. Em caso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas:

#### 16.2.4.1. Documentação Básica:

- Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido pelo Estipulante/Segurado, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal, e na parte referente ao médico, totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo mesmo, com firma reconhecida;
- RG e CPF (cópia autenticada);
- Cópia de todos os exames complementares realizados, com os respectivos laudos médicos;
- Comprovantes originais das despesas realizadas;
- Comprovante de residência do Segurado;
- Informação de dados bancários do Segurado.

## 17. FORMAS DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas:  
A Indenização será paga sob a forma de pagamento único.
- Diárias de Incapacidade Temporária:  
As indenizações serão pagas sob a forma de diárias.

**As diárias de Incapacidade Temporária serão devidas a partir do 16º (décimo sexto) dia da caracterização da incapacidade.**

O Capital Segurado a ser pago ao Beneficiário será igual ao valor vigente na data do evento, atualizado de acordo com a legislação vigente.

## 18. BENEFICIÁRIOS

Na ocorrência de evento previsto, a Indenização será paga ao Segurado, quando couber, ou metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária, conforme definido na legislação em vigor.

Os Segurados poderão, a qualquer momento, indicar ou substituir seu Beneficiário mediante comunicação por escrito à Seguradora.

Não poderá ser Beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado.

No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou Diárias de Incapacidade Temporária ou Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas o próprio Segurado será o Beneficiário.

No caso de morte do dependente, incluído de forma automática, o Beneficiário será o Segurado Principal.

No caso de morte simultânea do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s), a Indenização referente às garantias do(s) Segurado(s) Principal e Dependente(s) deverá ser paga aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

**No caso de Beneficiários menores de idade, a Indenização será paga da seguinte forma:**

- a) Pessoas de idade inferior a 16 (dezesseis) anos – pago, em nome do menor, ao seu representante legal;**
- b) Pessoas de idade entre 16 (dezesseis) a 18 (dezoito), exclusive – pago ao menor, devidamente assistido por seu pai ou sua mãe, quando estes tiverem o pátrio poder, ou, finalmente, por seu tutor ou curador.**

---

**19. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO**

---

A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante ou Subestipulante e/ou do Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais, Especiais, Nota Técnica Atuarial submetida à SUSEP e as Normas referentes à Apólice de Seguro.

---

**20. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

---

**21. FORO**

---

Questões judiciais entre o Segurado ou Beneficiários e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto anteriormente.

---

## 22. ANEXO I

---

### CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

---

#### 1. OBJETIVO

Esta Cláusula tem como objetivo incluir os cônjuges dos Segurados Principais no seguro, respeitadas as Condições Contratuais.

#### 2. GARANTIAS

Poderão ser contratadas as mesmas garantias concedidas para o Segurado Principal, **exceto a garantia de Diária de Incapacidade Temporária.**

#### 3. ACEITAÇÃO

A aceitação no seguro de todos os cônjuges dos Segurados Principais é realizada **automaticamente**, mediante o pagamento do prêmio, desde que a mesma seja aceita pela Seguradora. Poderão ser exigidos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do segurado, desde que comprovada a união estável entre ambos por documentação oficial, e de acordo com a legislação em vigor.

**Não poderão participar desta Cláusula os Cônjuges que façam parte do Grupo Segurável de Segurados Principais.**

#### 4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

O início de vigência corresponderá ao início da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, para o cônjuge admitido no seguro simultaneamente com o mesmo.

Caso o cônjuge seja incluído no seguro após o início de vigência individual do respectivo Segurado Principal, terá cobertura conforme critério definido no item 8 das Condições Gerais.

#### 5. BENEFICIÁRIO

Em caso de morte do Cônjuge, o **Capital Segurado** será devido ao Segurado Principal.

#### 6. DISPOSIÇÃO FINAL

**Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais e no Contrato, que não modificados por esta Cláusula Suplementar.**

---

## 23. ANEXO II

---

### CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS

---

#### 1. OBJETIVO

---

Esta Cláusula tem como objetivo incluir os filhos dos Segurados Principais, respeitadas as Condições Contratuais.

#### 2. GARANTIAS

---

Poderão ser contratadas as mesmas garantias concedidas para o Segurado Principal, **exceto a garantia de Diária de Incapacidade Temporária.**

**Para os menores de 14 (quatorze) anos, a garantia de Morte Acidental destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:**

- **incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**
- **não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

#### 3. ACEITAÇÃO

---

A aceitação no seguro de todos os filhos dos Segurados Principais é realizada **automaticamente**, mediante o pagamento do prêmio, desde que a mesma seja aceita pela Seguradora. Poderão ser exigidos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

São equiparados aos filhos, os enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda.

**Quando ambos os cônjuges forem componentes do Grupo Segurado, os filhos somente podem ser incluídos uma única vez, como dependente daquele de maior Capital Segurado na soma das garantias principais, sendo este denominado Segurado Principal.**

#### 4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

---

O início de vigência corresponderá ao início da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, para o filho admitido no seguro simultaneamente com o mesmo.

Caso o filho seja incluído no seguro após o início de vigência individual do respectivo Segurado Principal, terá cobertura conforme critério definido no item 8 das Condições Gerais.

#### 5. BENEFICIÁRIO

---

Em caso de morte do filho, o **Capital Segurado** será devido ao Segurado Principal.

#### 6. DISPOSIÇÕES FINAIS

---

**Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais e no Contrato, que não modificados por esta Cláusula Suplementar.**

## OUVIDOR

---

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

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

## CANAIS DE ACESSO

**Ouvidoria:** 0800 775 1079 ou pelo site [www.mapfre.com.br](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.