

**SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS**

**PESSOAS COLETIVO**

**CONDIÇÕES GERAIS**

**1. - DEFINIÇÕES**

**ACIDENTE PESSOAL**

Para fins deste seguro, considera-se como acidente pessoal coberto, o evento ocorrido com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física, que por si só e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta à morte, ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, ou as despesas médicas hospitalares e odontológicas decorrentes de lesão física, ou a incapacidade física temporária, desde que tal acidente ocorra durante o período de vigência do seguro, incluindo-se ainda neste conceito:

- a) o suicídio ou sua tentativa;
- 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 sequestro e tentativa de sequestro comprovados; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

**Não se incluem no conceito de Acidente Pessoal para os fins deste Seguro:**

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos - LER, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho - DORT, lesão por trauma continuado ou contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

**d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no primeiro parágrafo desta definição.**

### **APÓLICE**

É o documento emitido pela Seguradora e assinado pelo seu representante legal, que instrumentaliza o contrato de seguro, e que é integrado, por estas Condições Gerais, Condições Especiais e também pelas Cláusulas Suplementares e Contrato que tiverem sido efetivamente estipuladas, bem como pelo frontispício, pela especificação detalhada ou especificação da Apólice e eventuais aditivos. A Apólice formaliza a aceitação do Risco e o conteúdo do contrato de seguro por parte da Seguradora.

### **BENEFICIÁRIO**

É a pessoa física ou jurídica, designada pelo Segurado (Componente Principal), a favor da qual é devida a Indenização, em caso de seu falecimento coberto pelo contrato de Seguro. Em caso de Invalidez Permanente por Acidente, coberta pelo contrato de Seguro o Beneficiário é o próprio Segurado.

### **CAPITAL SEGURADO**

É a importância máxima a ser paga ou reembolsada ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), em função do valor estabelecido para cada Garantia contratada, em caso de ocorrência de Evento Coberto por este Seguro.

### **CARÊNCIA**

É o período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da Cobertura individual, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

### **CERTIFICADO INDIVIDUAL**

É o documento emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação do Proponente integrante do grupo segurável, que será enviado a cada Componente Principal comprovando a sua inclusão no seguro e a dos Componentes Dependentes, se existirem.

### **CONDIÇÕES ESPECIAIS**

São as condições que especificam cada uma das diferentes modalidades de cobertura que existem dentro deste seguro.

### **CONDIÇÕES GERAIS**

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Sociedade Seguradora, dos Segurados, dos beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

## **CONTRATO DE SEGURO**

Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Sociedade Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Sociedade Seguradora, dos Segurados e dos beneficiários.

## **DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES E SUAS CONSEQÜÊNCIAS**

É toda doença ou lesão inclusive a congênita, que o Segurado saiba ser portador ou sofredor à época e não declarada na proposta de contratação do seguro ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.

## **ESTIPULANTE**

É a pessoa física ou jurídica que contrata a Apólice Coletiva de Seguros, ficando investido dos poderes de representação dos Segurados perante a Sociedade Seguradora.

## **EVENTO COBERTO**

É o acontecimento futuro, possível e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, passível de ser indenizado pelas Garantias cobertas no Contrato de Seguro, desde que ocorrido durante a vigência do Seguro e que não esteja excluído por estas Condições Gerais.

## **FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO**

Documento pelo qual é feita a comunicação de um Sinistro à Seguradora.

## **FRANQUIA**

Para a Garantia de **Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO)**, é o valor inicial do capital segurado durante o qual o Segurado fica responsável como segurador de si próprio, ou seja, o Segurado só fará jus a reembolsos dos valores que excederem ao determinado para a franquia estipulada por evento, conforme previsto nas Condições Particulares.

Para a garantia de **Diárias de Incapacidade Temporária (DIT) por Acidente**, é o período de tempo inicial, contado em dias, durante o qual o Segurado fica responsável como segurador de si próprio, ou seja, o Segurado só fará jus à indenização referente aos dias que excederem ao prazo determinado para franquia por evento, conforme previsto no Contrato, caso fique incapacitado por um período maior do que a franquia estabelecida.

Para a garantia de **Diárias de Incapacidade Temporária (DIT) por Acidente**, a franquia será de 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

## **GARANTIAS**

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

## **GRUPO SEGURADO**

É aquele constituído pela totalidade de Componentes do grupo segurável efetivamente aceitos e incluídos na Apólice Coletiva contratada pelo Estipulante e emitida pela Seguradora.

## **GRUPO SEGURÁVEL**

É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas (Componentes Principais e Componentes Dependentes) vinculadas ao Estipulante que podem aderir ao Contrato de Seguro.

## **INDENIZAÇÃO**

Valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) designado(s) quando da ocorrência de um evento coberto no Contrato de Seguro, limitado ao valor do capital da respectiva cobertura contratada.

## **ÍNDICE DE ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO**

É a relação entre o número de Segurados incluídos na Apólice Coletiva de Seguro e o número de Componentes do grupo segurável, expresso em percentagem, sendo estabelecido pela Seguradora, para cada grupo segurado e constante no Contrato do Seguro.

## **INÍCIO DE VIGÊNCIA**

É a data de aceitação da Proposta de Adesão, ou se anterior, a data do respectivo prêmio, a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Sociedade Seguradora.

## **INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE**

É a invalidez definitiva caracterizada pela perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, atestada por profissional legalmente habilitado, causada por Acidente Pessoal coberto.

## **LIMITE TÉCNICO**

É o valor básico da retenção que a Seguradora adota, em cada ramo ou modalidade de Seguro em que operar, fixado pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP segundo diretrizes do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, representando a quantia máxima que ela poderá reter em cada risco isolado.

### **MÉDICO ASSISTENTE**

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

### **NOTA TÉCNICA ATUARIAL**

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

### **PERÍODO DE COBERTURA**

É o período durante o qual o Segurado fará jus aos benefícios do plano de Seguro contratado, desde que respeitadas as Condições previstas.

### **PRÊMIO**

Valor estabelecido em moeda nacional, que o Segurado Principal e/ou Estipulante paga à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade das Garantias contratadas, cobertas pela Apólice de Seguro.

### **PROPONENTE**

É a pessoa física que propõe a sua adesão à Apólice de Seguro e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação formal pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

### **PROPOSTA INDIVIDUAL DE ADESÃO**

É o documento individual exigido pela Seguradora para análise de aceitação dos Proponentes no Seguro, devidamente preenchido e assinado, contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco em que o Componente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação sob a forma coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais, das Condições Especiais e do respectivo Contrato de Seguro.

### **PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO**

É o documento mediante o qual o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nestas Condições Gerais, Condições Especiais, Cláusulas e Contrato.

### **PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS CONCEDIDOS**

Valor atual dos compromissos da Seguradora para com o Segurado ou Beneficiário(s) durante o período de pagamento das indenizações em forma de renda.

### **REABILITAÇÃO DO SEGURO**

É o restabelecimento das Coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão.

### **REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

É a recomposição do capital segurado após a ocorrência de um Sinistro coberto pelo Contrato de Seguro.

### **RISCOS EXCLUÍDOS**

Eventos pré-estabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

### **SEGURADO**

É o Proponente (Principal ou Dependente) efetivamente aceito pela Seguradora e incluído na Apólice de Seguro.

### **SEGURADO DEPENDENTE**

É o cônjuge/companheiro(a), e/ou filhos, enteados e menores considerados Dependentes do Segurado Principal, de acordo com a Legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, desde que não sejam seguráveis como Segurados Principais, quando incluídos no Seguro.

### **SEGURADO PRINCIPAL**

É o Segurado que mantém vínculo com o Estipulante.

### **SEGURADORA**

É a Companhia Seguradora, pessoa jurídica devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no País no ramo de seguros, sob a fiscalização da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

### **SINISTRO**

É a ocorrência de um evento coberto dentro do período de vigência da Apólice de Seguro, previsto contratualmente.

### **VIGÊNCIA DO CONTRATO DE SEGURO**

É o período no qual a Apólice de Seguro estará em vigor.

### **VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL**

É o período em que o Segurado está coberto pelas Garantias contratadas na Apólice de Seguro.

## 2. - OBJETIVO

2.1. O objetivo deste seguro é garantir o pagamento de uma Indenização ou Reembolso ao próprio Segurado ou a seu(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** e observadas as disposições das Condições Gerais, das Condições Especiais, das Cláusulas Suplementares e do Contrato, expressamente convencionadas.

## 3. - INFORMAÇÕES GERAIS

3.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

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

3.3. 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.

3.4. As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas por esta Seguradora junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

## 4. - GARANTIAS DO SEGURO

4.1. As Garantias do Seguro dividem-se em básicas e adicionais.

4.2. As coberturas podem ser contratadas isoladamente ou conjugadas, conforme opções oferecidas por esta Sociedade Seguradora, sendo que quando da conjugação de coberturas, o seguro deverá abranger pelo menos uma das garantias básicas.

4.2.1. São as seguintes as Garantias Básicas oferecidas neste plano de seguro:

- a) Morte Acidental (MA)
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
- c) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

4.2.2. São as seguintes as Garantias Adicionais oferecidas neste plano de seguro:

- a) Despesas médicas, hospitalares e odontológicas (DMHO)
- b) Diárias de Incapacidade Temporária (DIT), por Acidente

4.2.3. As garantias adicionais somente podem ser concedidas para a totalidade do grupo de Segurados Principais.

4.3. As Garantias Adicionais contratadas serão as indicadas na Proposta de Seguro e ratificadas no Contrato, de acordo com a respectiva Condição Especial.

**4.4. Para contratação das Garantias Adicionais, será imprescindível contratar uma das Garantias Básicas deste plano de seguro.**

## **5. - EXCLUSÕES GERAIS**

**5.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro, quaisquer eventos ocorridos em consequência de:**

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, atentados à ordem pública, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário, ou pelo representante legal, de um ou de outro. Ficam excluídos também os atos ilícitos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, nos seguros contratados por pessoa jurídica;**
- d) doenças, ou lesões, ou invalidez, ou enfermidades pré-existentes a data de início de vigência do Risco Individual, ou sequelas delas provenientes e que apesar de conhecidas pelo Segurado, não foram declaradas na Proposta de Adesão, nos casos em que este é exigido, ou informadas quando de sua inclusão no Seguro.**



- e) doenças de qualquer natureza;
- f) quaisquer alterações mentais;
- g) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
- h) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- i) lesões intencionalmente auto-infligidas, independente da sanidade mental do Segurado;
- j) intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- k) casos popularmente conhecidos como "acidentes médicos", como apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose entre outros; e
- l) suicídio do Segurado, ou sua tentativa, exceto se ocorrido após o período de 24 (vinte e quatro) meses contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso.

## **6. - EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS**

**6.1. Não estão cobertos, os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, 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 atentatório à ordem pública pela autoridade competente.**

## **7. - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

**7.1. O presente Seguro abrange os Eventos Cobertos e ocorridos de acordo com o Âmbito Geográfico de Cobertura, previsto na Proposta de Seguro ou no Contrato, exceto Regiões de Conflito e Guerra, bem como, em consequência dos Riscos Excluídos.**

**7.2. O disposto no item 7.1. destas Condições Gerais não se aplica à Garantia Adicional de Diárias de Incapacidade Temporária (DIT), por Acidente, que só garante cobertura em caso de acidentes ocorridos no Brasil e durante a permanência do Segurado no País.**

## **8. - CARÊNCIAS**

8.1. Quando prevista na respectiva Condição Especial, o período de carência será contado a partir do início de vigência da Cobertura Individual de cada Segurado ou da sua recondução depois de suspenso, sendo estabelecido este prazo, no Contrato.

8.2. Não haverá carência para as Garantias Básicas de Acidentes Pessoais, **exceto no caso de SUICÍDIO que deverá** ser observado o período de carência de 24 (vinte e quatro) meses, **para as Garantias de Morte Acidental, de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas e de Diárias de Incapacidade Temporária (DIT) por Acidente, desde que as mesmas tenham sido contratadas.**

8.3. Caso o Segurado seja transferido para outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência, para os Segurados já incluídos no Seguro pela Apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

8.4. Ocorrendo o falecimento do Segurado, em consequência de um Suicídio, durante o período de carência, será devolvido ao beneficiário designado, o prêmio puro do Seguro, devidamente atualizado pela variação do índice previsto na Proposta de Seguro e/ou Contrato, correspondente ao período da data do respectivo pagamento dos prêmios até a data da efetiva restituição.

## **9. - CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO**

9.1. A Proposta deste Seguro deverá ser preenchida e assinada obrigatoriamente pelo Estipulante e Corretora e deverá ser entregue à Seguradora.

9.2. As Condições Gerais completas deste Seguro estarão à disposição do Estipulante e dos Segurados, quando da apresentação da Proposta.

9.3. Poderão ser incluídos no seguro os Componentes do grupo segurável, mediante preenchimento completo e assinatura da Proposta Individual de Adesão, com a Declaração Pessoal de Saúde devidamente preenchida de próprio punho do Proponente, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis e que atendam as seguintes exigências:

- a) tenham idade dentro do limite estabelecido no Contrato de Seguro; e
- b) declarem a doença(s), lesão(ões) ou invalidez permanente, pré-existente(s) ao início de vigência do Risco Individual de cada Segurado, as quais serão excluídas da indenização de qualquer evento.

9.4. A inobservância a qualquer das condições previstas nas alíneas “a” e “b” do item “9.3” destas Condições Gerais, caracterizará a perda da condição de Segurado, mesmo não havendo o preenchimento da Proposta Individual de Adesão pelo Proponente.

9.5. A inclusão dos Proponentes será feita de acordo com o estabelecido na Proposta de Seguro ou no Contrato, podendo ser exigido, para análise de aceitação do Segurado, o preenchimento de Proposta Individual de Adesão, bem como declaração pessoal ou prova de saúde.

9.6. A Seguradora terá um prazo de até 15 (quinze) dias para aceitar ou recusar a Proposta de Seguro e a Proposta Individual de Adesão, contados da data do seu recebimento.

9.7. O Seguro será automaticamente aceito, caso a Seguradora não manifeste a recusa da Proposta Individual de Adesão por escrito ao Proponente, no prazo de 15 (quinze) dias, devidamente justificada. Este prazo será suspenso, quando a Seguradora solicitar, uma única vez, apresentação de novos documentos, tais como provas de saúde e/ou Ficha Financeira, para análise dos riscos, e voltará a correr a partir da data de entrega dos mesmos.

9.8. Caso a Seguradora solicite provas de saúde, ou documentos complementares, o prazo de 15 (quinze) dias para aceitação da Proposta Individual de Adesão será contado a partir da data do recebimento dessa documentação.

9.9. A recusa da Proposta de Seguro, Proposta Individual de Adesão será comunicada por escrito e, caso já tenha ocorrido o pagamento de prêmio, implicará na devolução integral do prêmio pago pelo Proponente e/ou Estipulante, atualizado monetariamente pela variação do índice previsto na Proposta de Seguro e/ou Contrato, desde a data do pagamento até a data da efetiva restituição pela Seguradora. O valor é devido a partir do momento da formalização da recusa e será restituído no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos.

9.10. No caso do Seguro contratado sem Proposta de Adesão e/ou Declaração Pessoal de Saúde do Proponente, fica o Estipulante responsável pela informação de que cada participante do grupo eegurado atenda as exigências previstas para as Condições de aceitação.

9.11. A inobservância à condição prevista no subitem “9.10.” acima, caracterizará ao participante do grupo segurado a perda da condição de Segurado, não sendo devida, qualquer indenização por parte da Seguradora.

9.12. Em caso de contratação eletrônica, deverá haver o posterior envio da Proposta.

9.13. Para cada Segurado aceito pela Seguradora e incluído no Seguro, será enviado um Certificado Individual.

## **10. - INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL**

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

10.2. Para as propostas recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela Seguradora, o qual constará do Certificado Individual.

## **11. - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO**

**11.1. O seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora à faculdade de não renovar a apólice na data de seu vencimento, sem devolução dos prêmios pagos.**

11.2. A vigência da Apólice de Seguro será pelo prazo de 12 (doze) meses, ou de acordo com o previsto na Proposta de Seguro e/ou no Contrato referente à Apólice, podendo ser renovada automaticamente, por igual período de vigência inicial, salvo se a Seguradora ou o Estipulante do Seguro, mediante aviso prévio de no mínimo 30 (trinta) dias de antecedência de seu vencimento, comunicar por escrito o desinteresse pela Renovação automática.

11.3. Será enviado novo Certificado Individual aos Segurados em cada uma das renovações do Seguro.

**11.4. Outras renovações somente ocorrerão se expressamente acordado pela Seguradora e o Estipulante e desde que não acarretem em ônus ou dever adicional para os Segurados, ou redução de seus direitos. Caso se verifique uma destas situações, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.**

## **12. - INCLUSÃO DE COMPONENTES**

12.1. A inclusão dos Componentes Seguráveis, Principais e Dependentes, é feita por adesão a este Seguro, conforme indicação no Contrato, das seguintes formas:

12.1.1. Componentes Principais:

- a) Automática = quando o Seguro abranger todos os Componentes Principais do grupo segurável; e
- b) Facultativa = quando o seguro abranger somente os Componentes Principais que tiverem sua inclusão expressamente declarada, através de Proposta Individual de adesão.

12.1.2. Componentes Dependentes Cônjuges:

- a) Automática = quando abranger os cônjuges de todos os Componentes Principais, de acordo com as Condições de inclusão previstas no Contrato; e
- b) Facultativa = quando o Seguro abranger somente os cônjuges dos Componentes Principais, que tiverem sua inclusão expressamente declarada, através de Proposta Individual de adesão.

OBS.: equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos Segurados Principais, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato e desde que haja anotação com na carteira profissional ou ficha de trabalho. Os Segurados Principais pertencentes às categorias profissionais para as quais não são expedidas carteiras profissionais poderão incluir no seguro as(os) companheiras(os), quando estas estiverem registradas de acordo com regulamentação própria.

12.1.3. Componentes Dependentes Filhos:

- a) Automática = quando abranger todos os Filhos dos Componentes Principais, de acordo com as Condições de inclusão previstas no Contrato; e

b) Facultativa = quando o Seguro abranger somente os Filhos dos Componentes Principais, que tiverem sua inclusão expressamente declarada, através de Proposta Individual de adesão, de acordo com as Condições de Inclusão previstas no Contrato.

OBS.: São equiparados aos filhos os enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda.

12.2. Cada Componente Principal ou Dependente, somente poderá possuir um único Seguro em vigor dentro de uma Apólice, caso esteja incluído mais de uma vez e estando os Seguros vigentes, quando da ocorrência de um evento, para efeito de indenização será considerado o capital segurado do item de maior valor contratado, desde que o respectivo prêmio esteja sendo recolhido.

**12.3. Não será permitida dentro da mesma Apólice, a inclusão de um Componente mais de uma vez, para somatória de capital segurado, visando acúmulo de Risco.**

12.4. Quando ambos os cônjuges forem Componentes Titulares do grupo segurado, só poderão fazer parte do Seguro uma única vez, ou como Segurado Principal ou como Dependente, bem como o(s) filho(s) do casal, poderá(ão) ser incluído(s) apenas uma única vez, como Dependente(s) daquele de maior capital segurado.

### **13. - CERTIFICADO INDIVIDUAL**

13.1. A cada Componente Principal incluído no seguro será enviado um Certificado Individual contendo os seguintes elementos mínimos:

- a) data de início do seguro do Componente Principal e do Componente Dependente Cônjuge, desde que incluído(s) no Seguro; e
- b) capitais segurados de cada garantia relativamente ao Componente Principal e ao Componente Dependente Cônjuge, desde que incluído(s) no Seguro, além do prêmio total.

### **14. - CAPITAL SEGURADO**

14.1. Para fins deste Seguro, capital segurado é a importância máxima a ser indenizada ou reembolsada, de acordo com a Cobertura, em função do valor estabelecido para cada Garantia, vigente na data do evento.

**a) Escala de Quantias Seguradas:**

Quando os capitais segurados não forem iguais para todos os Componentes do grupo, a escala será determinada, em função de fatores objetivos comprováveis, os quais não impliquem em anti seleção, tais como: salários, função, número de anos de serviços, estado civil, número de dependentes, idade ou sexo, definido na Proposta de Seguro e/ou no Contrato.

14.1.1. Considera-se como data do evento para efeito de determinação do capital segurado, em todas as Garantias deste Seguro, a data do respectivo acidente.

14.1. O capital segurado poderá ser escolhido pelo Proponente e/ou pelo Estipulante, conforme determinar o Contrato, e não poderá ultrapassar o limite de capital segurado estabelecido para a Apólice.

14.2. Caso o Segurado realize outra Apólice, a contratação de mais de um Seguro regido por estas Condições Gerais, a soma dos capitais segurados de uma mesma garantia e referente ao mesmo Segurado, não poderá ultrapassar o Limite de Aceitação da Seguradora.

14.3. O capital segurado contratado para cada garantia, estabelecido pelo Componente Principal e/ou Estipulante, constará no Certificado Individual, ou na Proposta, ou no Contrato.

14.4. O capital segurado da Garantia Adicional de Despesas Médico, Hospitalares e Odontológicas representa o limite máximo de reembolso pelo mesmo evento e não pode ser superior ao maior capital segurado estabelecido para as Garantias Básicas.

14.5. O capital segurado relativo à Garantia Adicional de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente corresponde ao valor total das diárias contratadas.

14.5.1. O capital segurado referente a cada diária não pode ser superior a 1/360 (um trezentos e sessenta avos) do maior capital segurado estabelecido para cada uma das Garantias Básicas, observando-se o previsto na Proposta de Seguro e/ou no Contrato.

14.6. O capital segurado dos Componentes Dependentes, em quaisquer garantias contratadas, não poderá em hipótese alguma ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo Componente Principal, observado o disposto na Cláusula da garantia de "MORTE ACIDENTAL" expressa nas Condições Especiais, bem como o previsto na Proposta de Seguro e/ou no Contrato.

14.7. A Seguradora fará a reintegração do capital segurado de cada Garantia automaticamente, após cada Acidente Pessoal coberto, exceto para a garantia de Morte Acidental.

14.8. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, o capital segurado do membro ou órgão indenizado, será reduzido, considerando a mesma proporção do grau de Invalidez.

## **15. - CUSTEIO DO SEGURO**

15.1. Para fins deste Seguro e de acordo com a declaração constante no Contrato deste seguro o custeio poderá ser:

- a) não contributário, quando os Componentes não pagam prêmios, ou
- b) contributário, quando os Componentes pagam prêmios total ou parcialmente.

15.1.1. Quando o seguro for “não contributário”, a totalidade do grupo segurável deverá compor o grupo segurado.

15.1.2. Quando o seguro for “contributário”, o Índice de Aceitação e Manutenção será estabelecido para cada grupo segurável.

15.1.2.1. O índice mínimo de Aceitação e Manutenção do contrato de seguro estará estabelecido no Contrato.

## **16. - PAGAMENTO DO PRÊMIO**

16.1. A periodicidade de pagamento do prêmio e a forma de cobrança serão estabelecidas na Proposta de Seguro e/ou no Contrato.

16.1.1. A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da apólice, da conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos que resultem alteração do prêmio.

16.2. Os prêmios poderão ser pagos pelo Segurado e/ou pelo Estipulante, em Dinheiro, Cheque, Ordem de Pagamento, Documento de Ordem de Crédito, Débito em Conta-Corrente, ou Desconto em Folha de Pagamento, conforme definido no Contrato.

16.3. A Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, conforme disposições estabelecidas no Contrato.



**16.4. É expressamente vedado ao Estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao Custeio do Seguro. Quando houver o recolhimento de outros valores devidos ao Estipulante, juntamente com o prêmio, seja a que título for, é obrigatório o destaque, no documento de Cobrança, do valor do prêmio discriminado por Seguro contratado. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer Taxa de inscrição ou de intermediação.**

16.5. Quando a forma de cobrança do prêmio for o Desconto em Folha de Pagamento, salvo nos casos de Cancelamento da Apólice, o Empregador somente poderá interromper o recolhimento do prêmio à Seguradora, em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido do Segurado Principal por escrito.

16.6. Qualquer Indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado, o que deve ser feito, no máximo até a data limite prevista no Contrato do Seguro e no respectivo documento de cobrança. No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das Garantias.

16.7. Servirão de Comprovante de Pagamento de Prêmios, 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, ou ainda, a comprovação do Desconto em Folha de Pagamento.

16.8. Se o Evento Coberto ocorrer dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito à Indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.

16.9. Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, a cobertura será automaticamente suspensa, e o Segurado ou Beneficiários ficarão sem direito a quaisquer das Garantias contratadas.

16.10. A cobertura se restabelecerá a partir das vinte e quatro horas do dia do pagamento da(s) Fatura(s) em atraso, devidamente atualizada(s) monetariamente pelo índice previsto na Proposta de Seguro e/ou Contrato, acrescido de Multa, Comissão de Permanência e Juros descritos no Contrato, sendo calculados desde a data do respectivo vencimento, até a data de seu efetivo pagamento. Caso haja extinção do índice pactuado e, não havendo alteração, fica prevalecendo para todos os efeitos o IPCA.

16.11. Caso não seja efetuado o pagamento dos prêmios referentes a 02 (dois) meses consecutivos ou não e, estando a primeira parcela vencida a mais de 60 (sessenta) dias, 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.

16.12. Independente do Cancelamento da Apólice por falta de pagamento do prêmio, conforme prazo previsto no item “16.11”, o Estipulante fica obrigado a efetuar a quitação das Faturas emitidas, as quais se encontram pendentes de pagamento, tendo em vista, o período de Cobertura do Seguro decorrido.

16.13. Entretanto, nos Seguros coletivos contributários, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito a cobertura do Seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

16.14. Na cobrança de prêmio mediante carnê, a Seguradora deve providenciar para que o Componente Principal receba o novo carnê de pagamento até 30 (trinta) dias antes do vencimento de sua primeira parcela.

16.15. Caso o Componente Principal não receba o novo carnê até o prazo estabelecido e desde que não tenha havido cancelamento da Apólice, para manter a devida Cobertura do Seguro, é seu direito e dever efetuar o pagamento do prêmio mediante depósito bancário na conta indicada no carnê anterior, o que deve ser feito antes do início do novo período de cobertura.

16.16. Os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez, devidamente atualizados monetariamente pelo índice previsto na Proposta de Seguro e/ou Contrato, acrescido de Multa e Juros descritos no Contrato, sendo calculados desde a data do respectivo vencimento, até a data de seu efetivo pagamento. Caso haja extinção do índice pactuado e, não havendo alteração, fica prevalecendo para todos os efeitos o IPCA.

16.17. Os prêmios do Seguro poderão ser reavaliados junto ao Estipulante, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial desta modalidade de Seguro, ou outro parâmetro desde que previsto na Proposta de Seguro ou no Contrato.

16.17.1. Quando a reavaliação implicar ônus ou dever aos Segurados ou a redução dos seus direitos, sua efetivação dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, pelo menos,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.

## **17. - APOSENTADOS**

17.1. Desde que, considerados nos cálculos de Taxas Atuariais, os Componentes Aposentados por Tempo de Serviço, poderão ser incluídos no seguro, pagando eles próprios, ou o Estipulante, seus respectivos prêmios.

17.2. Os Componentes Aposentados por Invalidez, não poderão fazer parte do grupo segurado.

17.3. Caso o Componente seja portador ou acometido por uma Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, o capital segurado do órgão ou membro, será reduzido na mesma Proporção do grau de Invalidez Permanente.

## **18. - REVISÃO DO PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO**

18.1. Qualquer aumento dos capitais implicará em aumento automático dos prêmios, o qual poderá obedecer à mesma proporção aplicada ao acréscimo dos capitais, ou até novas Condições, devido a composição do grupo segurado e Coberturas da Apólice.

18.2. As taxas utilizadas no cálculo do prêmio poderão ser reavaliadas, ocasionando alteração nos valores. Os prêmios, quando reajustados, serão comunicados por escrito ao Estipulante, que por sua vez, deverá comunicar aos Segurados.

18.2.1. Qualquer alteração que implique ônus ou dever aos Segurados ou a redução dos seus direitos, sua efetivação dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, pelo menos,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.

## **19. - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO**

19.1. Os capitais segurados e os prêmios deste seguro serão atualizados anualmente, em cada aniversário da Apólice pela variação anual do índice previsto na Proposta de Seguro e/ou Contrato, tomando-se por base os índices desde a data da última Atualização Monetária, até a data da efetiva correção, exceto para Apólices que possuem outro tipo de atualização de capital segurado.

19.2. Para as Apólices que possuem atualização de capital segurado segundo a variação do salário/provento ou outro índice não especificado nestas Condições Gerais, tomar-se-á por base a variação desde a data da última atualização, até a data da efetiva correção, conforme definido na Proposta e/ou no Contrato.

## **20. - SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO**

**20.1. Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não estiver quitado, as Coberturas deste Seguro estarão suspensas a partir do primeiro dia de vigência do período de Cobertura a que se referir à cobrança, ficando o Segurado e seu(s) beneficiário(s) sem direito a receber a indenização referente a qualquer Garantia contratada, no caso de ocorrência de um Sinistro.**

20.2. No caso do pagamento dos prêmios em atraso, as Coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia do referido pagamento e qualquer indenização dependerá de prova de que antes da ocorrência do Sinistro a quitação tenha sido efetuada.

## **21. - RESCISÃO E/OU ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO**

**21.1. Caso, até o prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data do vencimento do prêmio, não seja efetuado o pagamento dos prêmios em atraso, o Seguro fica automaticamente Cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.**

**21.2. O presente Seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, devendo haver anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.**

21.2.1. No caso de rescisão contratual, por iniciativa de qualquer uma das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

21.3. A Seguradora poderá rescindir o contrato mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias no mínimo, caso a natureza dos riscos venha a sofrer alteração que a torne incompatível com as condições mínimas de manutenção, ou em decorrência de incidência de Sinistro ocasionando um desvio entre as Condições vigentes e a experiência obtida durante o período de Análise de Resultado, se por ventura não houver acordo quanto ao reajuste dos prêmios.

21.4. O Seguro dos Componentes Segurados será cancelado no caso de Morte Acidental do mesmo.

21.5. Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita por escrito, com a concordância das partes contratantes.

21.6. Em caso de alteração do contrato que acarrete alteração de prêmio, o novo prêmio será comunicado por escrito ao Estipulante do Seguro e será cobrado no mês subsequente ao da alteração.

21.7. Caso haja pendência de pagamento de prêmio por parte do Segurado / Estipulante, o mesmo deverá ser quitado, devidamente atualizado monetariamente pelo índice previsto na Proposta de Seguro e/ou Contrato, acrescido de Multa e Juros descritos no Contrato, sendo calculados desde a data do respectivo vencimento, até a data de seu efetivo pagamento.

21.8. Caso haja extinção do índice pactuado e, não havendo alteração, fica prevalecendo para todos os efeitos o IPCA.

## **22. - TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL**

22.1. A Cobertura Individual de cada Segurado, incluído no Seguro, cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada, observada a limitação prevista no item "11", subitens "11.1. e 11.2." destas Condições Gerais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade, sem restituição dos prêmios, caso o Segurado, seus prepostos, ou Beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação, má fé, ou culpa grave na contratação do Seguro, ou ainda para obter ou majorar a Indenização.

22.2. O Segurado é obrigado a comunicar a Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à Garantia, caso seja provado que silenciou de má-fé.

22.3. 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 contrato.

22.4. O Cancelamento do Seguro, somente será eficaz, 30 (trinta) dias após a notificação por parte do Estipulante ou Segurado.

22.5. Caso haja diferença de prêmio, esta será restituída ao Segurado, corrigida pela variação do índice previsto na Proposta de Seguro e/ou Contrato, a contar da data de Cancelamento, até a data do efetivo pagamento. Caso haja extinção do índice pactuado e, não havendo alteração, fica prevalecendo para todos os efeitos o IPCA.

22.6. Caso haja pendência de pagamento de prêmio por parte do Segurado / Estipulante, o mesmo deverá ser quitado, devidamente atualizado monetariamente pelo índice previsto na Proposta de Seguro e/ou Contrato, acrescido de Multa e Juros descritos no Contrato, sendo calculados desde a data do respectivo vencimento, até a data de seu efetivo pagamento. Caso haja extinção do índice pactuado e, não havendo alteração, fica prevalecendo para todos os efeitos o IPCA.

22.7. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Componente Principal cessa ainda:

22.7.1. com o desaparecimento do vínculo entre o Componente Principal e o Estipulante, podendo, neste caso, o Segurado Principal optar por continuar com as mesmas Coberturas e Garantias assumindo os Custos do risco e de Cobrança, desde que, a solicitação seja na mesma data que foi cancelado do grupo;

22.7.2. quando o Componente Principal solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio, ou persistir a inadimplência no pagamento de prêmio, após os 60 (sessenta) dias de suspensão, porém não estando coberto durante o período de inadimplência;

22.7.3. quando da ocorrência de um Sinistro e, a indenização prevista para a Garantia de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, desde que contratada, envolvida no evento, atingir o percentual de 100% (cem por cento) do capital segurado; e

22.7.4. quando a apólice for cancelada pela Seguradora ou pelo Estipulante, desde que tal cancelamento seja devidamente comunicado por escrito e acordado entre uma parte e a outra.

22.8. Além das situações mencionadas anteriormente, a cobertura de cada Componente Dependente Cônjuge ou Filho, cessa:

22.8.1. se for cancelada a respectiva Cláusula Suplementar;

22.8.2. se o Componente Principal deixar o grupo segurado;

22.8.3. com a Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Componente Principal;

22.8.4. no caso de Cessar a condição de Dependente;

22.8.5. a pedido do Componente Principal;

22.8.6. com a inclusão do Dependente no grupo Segurado Principal;

22.8.7. no caso de Separação, para Cônjuge, e

22.8.8. no caso de ultrapassar o limite de idade de permanência previsto no Contrato do Seguro, para a Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos.

### **23. - PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO**

**23.1. O Segurado e/ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, caso haja por parte do mesmo, seu(s) representante(s) legal(is), seu(s) preposto(s) ou seu(s) beneficiário(s):**

**23.1.1. Inexatidão, omissão falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão que tenham influenciado na aceitação do Seguro ou na Taxa para cálculo do prêmio;**

**23.1.2. a inobservância das obrigações convencionadas na Apólice deste contrato de Seguro, que acarretem agravação do Risco Coberto;**

**23.1.3. dolo, má fé, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulação ou culpa grave não só quanto à contratação, como também com o objetivo de obter ou majorar indevidamente a Indenização; ou**

**23.1.4. simulando ou provocando um Sinistro, ou ainda agravando intencionalmente suas consequências.**

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

**23.2.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:**

**23.2.1.1. cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido ao tempo decorrido; ou**

**23.1.1.2. mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível, ou restringindo a cobertura contratada.**

**23.2.2. Na hipótese de ocorrência do sinistro com pagamento parcial do capital segurado:**

**23.2.2.1. o seguro será cancelado, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao decorrido; ou**

**23.2.2.2. mediante acordo entre as partes, dar continuidade ao seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao beneficiário restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**

**23.2.3. 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 do prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença do prêmio cabível.**

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

**23.4. Uma vez recebido o aviso de agravação do risco, a Seguradora, nos 15 (quinze) dias subsequentes ao seu recebimento, poderá dar ciência ao Segurado de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.**

**23.5. O cancelamento do seguro ocorrerá 30 (trinta) dias após a notificação do Segurado e será restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.**

## **24. - PROCEDIMENTOS EM CASO DE OCORRÊNCIA DE UM EVENTO COBERTO**

**24.2. Em caso de Sinistro coberto por este Contrato de Seguro, o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) deverão comunicar o Sinistro à Seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados nesta Cláusula.**

**24.3. A partir da entrega de toda documentação exigível por parte do Segurado ou beneficiário(s), a Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do Sinistro. Após este prazo será devidamente atualizado monetariamente pelo índice previsto na Proposta de Seguro e/ou Contrato, sendo calculado a partir do 1º (primeiro) dia posterior à expiração do prazo mencionado, até a data de seu efetivo pagamento. Caso haja extinção do índice pactuado e, não havendo alteração, fica prevalecendo para todos os efeitos o IPCA.**



24.4. É facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do Sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos ou esclarecimentos que julgar necessários à apuração do Sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do Sinistro será suspensa e voltará a correr a partir da data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

24.5. As divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões ou doenças, bem como a avaliação da incapacidade, serão submetidas a uma junta médica, constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

24.6. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro membro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

24.7. O Segurado e/ou Beneficiário(s) deve(m) autorizar expressamente o médico assistente e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar envolvidas no atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

24.8. Os resultados apurados pela perícia, incluindo-se laudos de exames, serão de uso unicamente da Seguradora.

24.9. No caso de Beneficiários menores de idade, a Indenização será paga conforme a seguir:

24.9.1. pessoas de idade inferior a 16 (dezesesseis) anos – a Indenização será paga, em nome do menor Segurado e/ou Beneficiário, ao seu representante legal.

24.9.2. pessoas de idade entre 16 (dezesesseis) a 17 (dezesete) anos – a Indenização será paga ao menor Segurado, devidamente assistido por seu pai, sua mãe ou, finalmente, por seu tutor ou curador.

24.10. A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

**24.10.1. Em caso de Morte Acidental:**

- a) formulário de aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário, pelo Estipulante e pelo médico assistente;
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) cópia autenticada da Cédula de Identidade e CPF do Segurado;

- d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, se for o caso;
- e) cópia autenticada do Inquérito Policial;
- f) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
- h) cópia autenticada do Laudo de Exame Toxicológico, e cópia autenticada do Laudo de Teor Alcoólico, quando realizados;
- i) cópia autenticada do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir.
- j) Documentação do(s) Beneficiário(s):
  - Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento (atualizada), da Cédula de Identidade e do CPF.
  - Companheira(o): cópia autenticada da Cédula de Identidade, do CPF e documento que comprove a união estável na data do evento.
  - Filhos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento, da Cédula de Identidade e do CPF.
  - Pais e Outros: cópia autenticada da Certidão de Casamento, da Cédula de Identidade e do CPF.

**24.10.1.1. Observação: o pedido de apresentação de peças do Inquérito Policial não condiciona o pagamento da indenização.**

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

- a) formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente;
- b) cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a Invalidez Permanente, bem como Atestado Médico, indicando o grau de invalidez de acordo com a tabela apresentada na Cláusula de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, anexando os exames realizados pelo Segurado, podendo também ser aceito o laudo oficial da Previdência Social;
- c) cópia autenticada da Cédula de Identidade e do CPF do Segurado;
- d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, se for o caso;
- e) cópia autenticada do Inquérito Policial, se for o caso.
- f) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- g) cópia autenticada do Laudo de Exame Toxicológico, e cópia autenticada do Laudo de Teor Alcoólico, quando realizados;
- h) cópia autenticada do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir.

**24.10.2.1. Observação: o pedido de apresentação de peças do Inquérito Policial não condiciona o pagamento da indenização.**

**24.10.3. Em caso de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas - DMHO:**

- a) formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente;
- b) cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a(s) Lesão(ões) sofridas pelo Segurado, bem como Atestado Médico indicando o(s) exame(s) e o tratamento que será submetido;
- c) cópia autenticada da Cédula de Identidade e do CPF do Segurado;
- d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, se for o caso;
- e) cópia autenticada do Inquérito Policial;
- f) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) cópia autenticada do Laudo de Exame Toxicológico, e cópia autenticada do Laudo de Teor Alcoólico, quando realizados; e
- h) cópia autenticada do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir.
- i) comprovantes originais das despesas, devidamente discriminadas e relatórios do médico assistente.

**24.10.3.1. Observação:**

- a) o Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, ao serviço de médico legalmente habilitado, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa; e**
- b) o pedido de apresentação de peças do Inquérito Policial não condiciona o pagamento da indenização.**

**24.10.4. Em caso de Diária de Incapacidade Temporária (DIT), por Acidente:**

- a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico assistente;

- b) cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a incapacidade temporária e bem como Atestado Médico fixando o número de diárias de incapacidade que o Segurado ficará afastado, o(s) exame(s) e o tratamento que foi ou será submetido;
- c) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
- e) cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- f) cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- g) cópia autenticada do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir; e
- h) exame(s) e cópia do laudo do(s) exame(s) realizado(s).

**24.10.4.1. Observação: o pedido de apresentação de peças do Inquérito Policial não condiciona o pagamento da indenização.**

**24.10.5. Demais Coberturas Adicionais:**

- a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico assistente;
- b) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
- d) cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- f) cópia autenticada do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir; e
- g) exame(s) e cópia do laudo do(s) exame(s) realizado(s), e
- h) comprovantes originais das despesas realizadas, se for o caso.

**24.10.5.1. Observação: o pedido de apresentação de peças do Inquérito Policial não condiciona o pagamento da indenização.**

**24.10.6. Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimento que julgar necessário.**

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

## **25. - INDENIZAÇÃO PROPORCIONAL**

25.1. Possuindo o Segurado mais de um seguro, nesta ou em outra Seguradora, garantindo Despesas Médico, Hospitalares e Odontológicas- DMHO, a responsabilidade desta Seguradora por esta Garantia será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para a Garantia em todas as apólices em vigor na data do sinistro.

## **26. - FORMAS DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES**

### **26.1. MORTE ACIDENTAL E INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE:**

26.1.1. As indenizações podem ser efetuadas sob a forma de pagamento único ou de renda certa, desde que tenha havido opção expressa do Segurado neste sentido, devendo as partes contratantes estabelecer, no Contrato, o valor da renda mínima inicial, desde que, esta seja igual ou superior a 01 (um) Salário Mínimo vigente no País. O valor de cada parcela deve ser calculado utilizando-se juros reais de 6% (seis por cento) ao ano, na forma da Tabela Price e atualizados anualmente pelo índice previsto na Proposta de Seguro e/ou Contrato.

26.1.2. Além da atualização monetária prevista no item “26.1.1.”, o valor da renda será recalculado na mesma época em função do eventual acréscimo na respectiva Provisão Matemática de Benefícios concedidos, decorrente da sua atualização mensal e da atualização anual aplicada às rendas.

26.1.3. Em caso de opção de indenização através de Renda Certa, o prazo de pagamento será escolhido pelo Estipulante e/ou Segurado, sendo definido no Contrato.

26.1.4. O prazo máximo de pagamento da renda certa será de 24 (vinte e quatro) prestações mensais e sucessivas.

### **26.2. INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE:**

26.2.1. Desde que contratada a Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, em caso de Invalidez Permanente Parcial por Acidente, a indenização será paga sob a forma de pagamento único.

### **26.3. GARANTIAS ADICIONAIS**

26.3.1. Desde que contratada a Garantia, a forma de pagamento da indenização ou de reembolso de despesas observará o que dispõe a respectiva Condição Especial.

## **27. - BENEFICIÁRIOS**

27.1. O Beneficiário, em caso de Morte do Segurado, será designado pelo Proponente (Segurado) na Proposta de Adesão, podendo ser substituído a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada. Nenhuma alteração de Beneficiário terá validade se não constar da declaração escrita do Componente Principal.

27.2. Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos, o percentual do capital segurado que será destinado a cada um.

27.3. Deve ser observado que, não se pode instituir Beneficiário, em caso de Morte do Segurado, pessoa que for legalmente inibida de receber a indenização do Seguro.

27.4. Na falta de designação de Beneficiário indicado, em caso de Morte do Segurado, a indenização será paga metade ao Cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária, sendo ainda observado o disposto na Legislação Específica. Na falta destes, serão Beneficiários os que provarem que a Morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

27.5. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou de Invalidez Permanente Total por Acidente, o Beneficiário do seguro é o próprio Segurado.

27.6. No caso de Garantias Adicionais contratadas, a definição do Beneficiário do seguro está estabelecida em cada Condição Especial contratada.

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

27.8. O Estipulante poderá ser Beneficiário do seguro, nos contratos em que os Componentes Principais convencionam pagar prestações ao Estipulante para amortizar dívida contraída ou para atender a compromissos assumidos, o primeiro Beneficiário é o próprio Estipulante pelo valor do saldo da dívida ou compromisso. A diferença que ultrapassar o saldo devedor será paga a um segundo Beneficiário, indicado pelo Segurado.

27.9. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e dos Segurado (s) Dependente (s), os capitais segurados referentes às coberturas dos Segurados, Principal e Dependente (s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

## **28. - MODIFICAÇÃO DE RISCO**

28.1. Quaisquer alterações ocorridas durante a vigência do Seguro e que impliquem circunstâncias que modifiquem a natureza dos riscos cobertos, deverão ser comunicadas por escrito à Seguradora de forma a permitir que sejam feitos os devidos ajustes no Seguro, isto é, alteração do valor do capital segurado, prêmio ou exclusão do Segurado.

## **29. - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE**

### **29.1. Constituem obrigações do Estipulante:**

- a) nas alterações da apólice que impliquem em ônus ou dever para os Segurados ou reduzam os seus direitos, ocorridas durante a sua vigência ou no momento da sua renovação, promover o recolhimento das assinaturas de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- b) manter a Seguradora informada sobre possíveis alterações ocorridas nas informações originais;
- c) sempre que solicitado, prestar informações aos Segurados relativas ao contrato do seguro;
- d) incluir, nos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos Segurados, as seguintes informações: o valor do prêmio do seguro, a razão social da Seguradora responsável pelo recebimento dos prêmios e a notícia de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento da cobertura do seguro;
- e) repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, uma vez que o não atendimento acarretará o cancelamento da cobertura e sujeitará o Estipulante às cominações legais;
- f) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para liquidação dos sinistros;
- g) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregular quanto ao seguro contratado; e

## **30. - EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS**

30.1. O Segurado (Proponente) se obriga a declarar na Proposta do Seguro a existência de quaisquer outros Seguros de Vida e/ou Acidentes Pessoais, em vigor na data de assinatura da Proposta de adesão.

### **31. - MODIFICAÇÃO DA APÓLICE**

31.1. Qualquer modificação na apólice, que implique em ônus, dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá de anuência expressa dos Segurados que representem  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado, exceto aquelas que sejam feitas por força de determinação legal ou impostas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

### **32. - SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS**

32.1. Uma vez reembolsado qualquer valor referente à Garantia de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas - DMHO, a Seguradora fica sub-rogada nos direitos e ações do Segurado, até o limite daquele valor.

### **33. - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO**

33.1. A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas do Seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

### **34. - PRESCRIÇÃO**

34.1. Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

### **35. - TRIBUTOS**

35.1. Os tributos relativos a este Seguro serão pagos por quem a lei determinar.

### **36. - FORO**

36.1. Fica eleito o foro da Comarca do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir e resolver todas as questões e dúvidas provenientes direta ou indiretamente do presente Seguro.



## **CONDIÇÕES ESPECIAIS**

### **GARANTIAS BÁSICAS**

#### **MORTE ACIDENTAL**

1. Desde que contratada e mediante pagamento do prêmio, é a garantia do pagamento de uma Indenização ao(s) Beneficiário(s), caso o Segurado venha a falecer, em decorrência direta de um acidente pessoal coberto e ocorrido durante o período de vigência deste Seguro, respeitados os Riscos Excluídos, o período de Carência, bem como as disposições das constantes das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Contrato, previamente convencionadas.

2. Para os Segurados com idade inferior a 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, limitado ao capital segurado previsto para o Componente devidamente incluído na Apólice, as quais devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas e, podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

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

3. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não foram modificadas por esta Condição Especial.

**INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA):**

1. Desde que contratada e mediante pagamento do prêmio, é a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio Segurado, **relativa à perda, ou redução, ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão (conforme percentual e órgãos ou membros previstos na Tabela para Cálculo de Indenização)**, em virtude de lesão física, causada por acidente coberto pelo Contrato de Seguro, ocorrido durante a vigência deste Seguro e, desde que o mesmo esteja incluído e em vigor na Apólice na data do evento, bem como o prêmio relativo ao Seguro, esteja recolhido à Seguradora no mês de Competência da Cobertura.

1.1. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para a recuperação e verificada a existência de Invalidez Permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, de acordo com o percentual previsto para o membro ou órgão constante na Tabela abaixo, para Cálculo de Indenização o qual deverá ser incidido sobre o capital segurado, conforme segue:

TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	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

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente 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>MANDÍBULA</b>	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimento	
	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
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações degustativas	10
	<b>APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO</b>	
	Diplopia	15
	<b>LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS</b>	

DIVERSAS	Unilateral	7	
	Unilateral com fistulas	15	
	Bilateral	14	
	Bilateral com fistulas	25	
	LESÕES DA PÁLPEBRA		
	Ectrópio unilateral	3	
	Ectrópio bilateral	6	
	Entrópio unilateral	7	
	Entrópio bilateral	14	
	Má oclusão palpebral unilateral	3	
	Má oclusão palpebral bilateral	6	
	Ptose palpebral unilateral	5	
	Ptose palpebral bilateral	10	
	APARELHO DA FONAÇÃO		
	Perda da palavra (mudez incurável)	50	
	Perda de substância (palato mole e duro)	15	
	SISTEMA AUDITIVO		
	Amputação total de uma orelha	8	
	Amputação total das duas orelha	16	
	PERDA DO BAÇO	15	
	APARELHO URINÁRIO		
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15	
	Cistostomia (definitiva)	30	
	Incontinência urinária permanente	30	
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE		
	Com função renal preservada	30	
	Redução da função renal (não dialítica)	50	
	Redução da função renal (dialítica)	75	
	PERDA DE UM RIM ÚNICO	75	
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR		
	Perda de um testículo	5	
	Perda de dois testículos	15	
	Amputação traumática do pênis	40	
	Perda de um ovário	5	
	Perda de dois ovários	15	
	Perda do útero antes da menopausa	30	
	Perda do útero depois da menopausa	10	
	PESCOÇO		
	Estenose da faringe com obstáculo à deglutição	15	
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15	
Traqueostomia definitiva	40		
TÓRAX			
APARELHO RESPIRATÓRIO			
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10		
RESSECÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE UM PULMÃO (PNEUMECTOMIA – PARCIAL OU TOTAL)			

Com função respiratória preservada	15
Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
Com redução em grau médio da função respiratória	50
Com insuficiência respiratória	75
<b>MAMAS (FEMININAS)</b>	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
<b>ABDOMEM (ÓRGÃO 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

1.2. 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 ao membro, ou órgão ou parte atingida. Na falta de indicação da percentagem de redução funcional e, sendo informado apenas o grau dessa redução como máximo, ou médio, ou mínimo, a indenização será calculada respectivamente na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

1.3. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, relativa ao membro ou órgão afetado, limitado ao percentual máximo previsto para a impotência funcional total, independente da profissão do Componente.

2. 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) do capital segurado previsto para a Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões, em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder ao percentual da indenização prevista para sua perda total.

2.1. Para efeito de 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.

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

3. As indenizações pela Garantia de Morte Acidental e pela Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), não se acumulam. Se depois de paga uma Indenização por Invalidez Permanente por Acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a Indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a Indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

4. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não foram modificadas por esta Condição Especial.

## **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)**

1. Mediante a inclusão na apólice desta Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga a pagar uma indenização ao Segurado ou ao seu Representante legal, limitada ao capital segurado estipulado na apólice para esta cobertura, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional total definitiva de um membro ou órgão por lesão física, causada por um Acidente Pessoal coberto.

2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

<b>TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>		
<b>INVALIDEZ PERMANENTE</b>	<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% SOBRE CAPITAL SEGURADO</b>
<b>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	100

2.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao Segurado, a Seguradora proporá ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

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

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

2.1.3. 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.

2.2. Ainda que do mesmo acidente resulte invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização total será de 100% (cem por cento).

3. Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados na Definição de Acidentes Pessoais constante Cláusula 1ª - Definições e na Cláusula – Exclusões Gerais, das Condições Gerais.

4. Seguro de Pessoas Portadoras de Deficiência Física:

O Segurado portador de deficiência física deverá declarar expressamente o grau de invalidez preexistente no momento da contratação do seguro.

5. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado por morte por acidente.

6. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não modificadas por esta Condição Especial.



## **GARANTIAS ADICIONAIS**

### **DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO), POR ACIDENTE**

1. Desde que contratada e mediante pagamento do prêmio, esta Garantia Adicional, visa reembolsar ao Segurado, até o limite de capital segurado contratado, as despesas médicas, hospitalares e odontológicas, bem como as diárias hospitalares, necessárias para o restabelecimento do Segurado, incorridas a critério médico e sob sua orientação, em decorrência de um Acidente Pessoal coberto, porém quando este ocorrer dentro do período de vigência deste Seguro. O tratamento médico ou odontológico deverá obrigatoriamente ser iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do Acidente Pessoal, e deverão ser respeitados os riscos excluídos enumerados nas Condições Gerais.
2. Não estão cobertas as despesas decorrentes de:
  - a) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
  - b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e as próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.
3. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados e licenciados.
4. Poderá haver franquia para esta garantia, garantindo ao Segurado apenas o reembolso de valores superiores à franquia estipulada. A franquia estará determinada no Contrato ou no Certificado Individual.
5. A comprovação das despesas médico-hospitalares deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente, podendo ser aceitos pela Seguradora, outros documentos a seu critério.
6. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, devendo ser respeitado o limite de capital segurado contratado, sendo as despesas atualizadas monetariamente pelo índice previsto na Proposta de Seguro e/ou Contrato, desde a data do dispêndio até a data da liquidação do sinistro. Caso haja extinção do índice pactuado e, não havendo alteração, fica prevalecendo para todos os efeitos o IPCA. Os custos com a tradução do material serão de responsabilidade da Seguradora.
7. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.
8. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não foram modificadas por esta Condição Especial.

## **DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT), POR ACIDENTE**

1. Desde que contratada e mediante pagamento do prêmio, esta Garantia Adicional será caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado, em exercer qualquer atividade relativa a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, desde que a referida incapacidade física seja decorrente de Acidente Pessoal coberto e que este ocorra dentro do período de vigência deste Seguro, respeitados os riscos excluídos enumerados nas Condições Gerais.

2. O limite máximo de diárias de incapacidade temporária a que o Segurado tem direito, será estabelecido no Contrato e/ou na Proposta de Seguro, e não poderá ser superior a 360 (trezentos e sessenta) diárias, sendo iniciada a sua contagem, depois de decorrido o prazo previsto para Franquia convencionada, relativo ao afastamento do Segurado de suas atividades profissionais e/ou remuneradas.

2.1. A quantidade total de dias de afastamento do Segurado devidamente indenizados, não pode, em nenhuma hipótese, em um ou mais eventos ocorridos, superar a quantidade total contratada.

3. Haverá uma franquia de 15 (quinze) dias para esta garantia, ou seja, as diárias de incapacidade temporária são devidas somente a partir do 16º (décimo sexto) dia da caracterização da incapacidade.

4. A garantia adicional de Diárias de Incapacidade Temporária, não é extensiva aos Segurados Dependentes.

**5. Não estão Cobertos os eventos ocorridos quando o Segurado estiver em período de férias de suas atividades profissionais e/ou remuneradas.**

6. Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos devidos, conforme esta Condição Especial, serão efetuados de 30 (trinta) em 30 (trinta) dias ou na data da alta médica, o que ocorrer primeiro, tomando-se por base o relatório do médico assistente, atualizado.

**7. No caso de Segurado menor de idade, a Indenização será paga conforme a seguir:**

**a) pessoas de idade inferior a 16 (dezesesseis) anos – a Indenização será paga, em nome do menor Segurado, ao representante legal.**

**b) pessoas de idade entre 16 (dezesesseis) anos a 17 (dezessete) anos – a Indenização será paga ao menor Segurado, devidamente assistido por seu pai, sua mãe ou, finalmente, por seu tutor ou curador.**

8. A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora.

8.1. Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento do Sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.



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

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

9. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não modificadas por esta Condição Especial.