

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Condições Contratuais

Versão 3.1

CNPJ 28.196.889/0001-43

Processo SUSEP nº 10.005462/99-17

NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO

Central de Atendimento Digital - www.bbseguros.com.br

Atendimento online via Chat (exceto feriados)

Horário de atendimento: de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h40
sábados das 9h às 15h20

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC).....0800 729 7000

Deficientes auditivos ou de fala.....0800 962 7373

Horário de atendimento: 24 horas (todos os dias)

Canal utilizado para Acionamento do Seguro e da Assistência 24h (Brasil)

Assistência 24h no exterior(55) 16 3111-8600

Horário de atendimento: 24 horas (todos os dias)

Ouvidoria BB Seguros0800 880 2930

Deficientes auditivos ou de fala.....0800 775 7003

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

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.

Canal de Conduta Ética0800 444 8256

Horário de atendimento: 24h (todos os dias)

de 2ª a 6ª feira, das 9h às 19h com atendentes,
demais horários apenas atendimento eletrônico.

www.canaldecondutaetica.com.br/bbseguros

Canal exclusivo para denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de desvio de conduta ética relacionadas ao seguro.

As denúncias poderão ser feitas de forma anônima ou identificada e serão recepcionadas por uma empresa independente e especializada, assegurando o sigilo absoluto e o tratamento adequado a cada situação.

É importante fornecer o máximo de informações possíveis, possibilitando assim a análise assertiva do caso.

Todas as denúncias serão analisadas, investigadas e terão as medidas cabíveis aplicadas.

BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Av. das Nações Unidas, 14.261 • Ala A • 29º andar

04794-000 • Vila Gertrudes • São Paulo/SP

CNPJ: 28.196.889/0001-43

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS	5
1. OBJETIVO DO SEGURO	5
2. DEFINIÇÕES	5
3. COBERTURAS DO SEGURO	9
4. RISCOS EXCLUÍDOS	9
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	11
6. CARÊNCIA	11
7. FRANQUIA	12
8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO	12
9. BENEFICIÁRIOS	13
10. CAPITAIS SEGURADOS	14
11. CUSTEIO DO SEGURO	14
12. PAGAMENTO DE PRÊMIO	15
13. INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO	15
14. SEGURADOS AFASTADOS	16
15. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	16
16. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL	17
17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS	17
18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	19
19. PERDA DE DIREITOS	19
20. CANCELAMENTO DA APÓLICE	20
21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	21
22. ALTERAÇÕES NA APÓLICE	24
23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE	25
24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	26
25. PRESCRIÇÃO	26
26. FORO	27
27. DISPOSIÇÕES GERAIS	27
CONDIÇÕES ESPECIAIS	28
COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL - MA	28
28. OBJETIVO DA COBERTURA	28
29. CAPITAIS SEGURADOS	28

30. DATA DO EVENTO.....	28
31. DISPOSIÇÕES GERAIS	28
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - IPTA	28
32. OBJETIVO DA COBERTURA.....	28
33. RISCOS COBERTOS.....	28
34. RISCOS EXCLUÍDOS	30
35. CAPITAIS SEGURADOS	30
36. DATA DO EVENTO.....	30
37. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	30
38. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	30
39. DISPOSIÇÕES GERAIS	30

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir, mediante o recebimento do prêmio, o pagamento de indenização ao beneficiário do seguro, em decorrência de acidente pessoal, respeitada as condições contratuais em vigor na data da ocorrência do evento coberto, as coberturas contratadas e os limites de capitais segurados contratados, **observados os riscos expressamente excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado, a vigência do contrato de seguro e as demais disposições contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se nesse conceito:

- a.1) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a 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 sequestros e suas tentativas; 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, inclusive os decorrentes de sequestros e suas tentativas, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b.2) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- b.3) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- b.4) **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.**

Apólice: documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação das coberturas contratadas.

Aviso de Sinistro: comunicação específica com a finalidade de dar imediato conhecimento à seguradora da ocorrência do evento passível de cobertura.

Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores do capital segurado, respeitada a cobertura contratada, na hipótese de evento coberto.

Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora ao beneficiário.

Carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual o(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito ao(s) capital(is) segurado(s) contratado(s), no caso de ocorrência de evento coberto.

Certificado Individual: documento emitido pela seguradora, no seguro coletivo, para a aceitação do proponente, ou para renovação ou da alteração do seguro.

Cobertura: risco assumido pela seguradora, conforme o contrato de seguro, respeitados os eventos não cobertos e riscos excluídos.

Comoriência: presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.

Companheiro(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 admitidos pela legislação vigente e pelo contrato de seguro.

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, da proposta de adesão e do certificado individual.

Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Condições Gerais: conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas e/ou modalidades de um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e, quando couber, do estipulante.

Contrato de Seguro: instrumento jurídico firmado entre o estipulante, subestipulante (se houver) e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, do subestipulante (se houver), da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).

Corretor: intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as seguradoras e os segurados. **O corretor de seguros responde civilmente perante as partes pelos prejuízos que causar no exercício da profissão.**

Culpa Grave: termo utilizado para expressar a forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada pela falta extrema do agente, que não prevê fato previsível aos homens comuns e, embora sem a intenção, assume o resultado de produzi-lo.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: documento utilizado para avaliação do risco pela seguradora, no qual o proponente presta as informações e declarações, inclusive sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.

Doenças e Lesões Preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior à adesão ao seguro, de seu conhecimento, não declarada na proposta, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou da existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde.

Domicílio do Segurado: endereço indicado pelo segurado e constante no certificado individual.

Endosso: documento emitido pela seguradora, durante a vigência do seguro, pelo qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice e/ou no certificado individual do seguro.

Estipulante: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor.

Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, ocorrido durante a vigência do seguro, enquadrado na cobertura prevista na apólice contratada.

Excedente Técnico: saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice, em determinado período.

Franquia: período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

Grupo Segurado: totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.

Grupo Segurável: totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante ou subestipulante (se houver), que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

Impotência Funcional: alteração ou redução da função de um órgão ou membro de forma parcial ou total, que gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.

Indenização: valor máximo a ser pago ao beneficiário pela seguradora, quando da ocorrência de evento coberto, limitado ao valor do capital segurado individual da respectiva cobertura contratada, vigente na data da ocorrência do evento.

Médico Assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável por seu acompanhamento clínico e diagnóstico do segurado. **A seguradora não aceitará que seja nomeado como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**

Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

Proponente: pessoa física interessada em contratar a(s) cobertura(s), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

Proposta de Adesão: documento que contém a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa sua vontade de aderir à apólice coletiva e manifesta seu pleno conhecimento e concordância das condições contratuais.

Proposta de Contratação: documento assinado pelo estipulante ou subestipulante (se houver), com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente (estipulante), pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratação do seguro coletivo, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Pro Rata Temporis: no caso do seguro, é o método de calcular o prêmio do seguro proporcional aos dias de vigência decorridos do contrato de seguro.

Redução Funcional: é a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.

Regime Financeiro de Repartição Simples: estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos, ocorridos nesse período, não havendo, portanto, devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou ao(s) beneficiário(s).

Regulação de Sinistro: processo administrativo que visa verificar as causas e circunstâncias de um evento, a partir de sua comunicação pelo beneficiário e, em face dessas verificações, concluir sobre a sua cobertura ou não, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.

Relatório Médico: documento na forma de relatório ou similar, preenchido por médico com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos. **Não será aceito, para fins de avaliação de cobertura, documento emitido por médico que seja o próprio segurado, seu cônjuge/companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**

Riscos Excluídos: correspondem aos riscos, previstos nas condições contratuais, que não serão cobertos pelo plano de seguro contratado.

Segurado: é a pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Segurado Principal: é o segurado que possui vínculo com o estipulante.

Segurado Dependente: é o cônjuge ou companheiro(a), filho(s) e/ou enteado(s), do segurado principal, quando incluído no contrato de seguro, desde que não seja segurado principal na referida apólice.

Seguradora: empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) cobertura(s) contratada(s), mediante o recebimento de prêmio, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.

Sinistro: é a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do seguro.

Subestipulante: pessoa física ou jurídica que, em razão do vínculo direto ou indireto com o estipulante, que contrata o seguro em favor do grupo segurado a que se vincule e os representa perante a seguradora.

Vigência do Seguro: é o período fixado para validade do contrato de seguro.

Vigência da Cobertura Individual: é o período de tempo fixado no certificado individual em que o segurado permanece amparado pelo seguro, mediante o pagamento dos prêmios devidos à seguradora.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. É facultada ao estipulante e/ou subestipulante a escolha das coberturas do seguro, respeitando as regras de conjugação de planos indicadas nesta cláusula, aplicáveis a todo o grupo segurado. O conjunto das coberturas contratadas deverá ser identificado na proposta de contratação, sendo obrigatória a contratação da cobertura básica relacionada abaixo:

3.1.1. Cobertura Básica

A) MORTE ACIDENTAL - MA

3.1.2. Coberturas Adicionais

A) INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - IPTA

3.2. Em caso de inclusão de menores de 14 (quatorze) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou de dependente.

3.3. A definição de cada uma das coberturas mencionadas nestas condições gerais, seus respectivos objetivos, seus riscos excluídos específicos, capital(is) segurado(s) e demais disposições estão determinados nas respectivas condições especiais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DESCRITAS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS E NAS ESPECIAIS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:

A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA, OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;

B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO FOR COMPROVADO QUE O EVENTO TENHA OCORRIDO PELA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;

C) DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR PRESCRITOS

POR MÉDICOS CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO;

- D) DE SUICÍDIO, SUAS CONSEQUÊNCIAS OU SUA TENTATIVA, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS DE VIGÊNCIA ININTERRUPTOS DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO OU DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO, OU AINDA, AS SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE COBERTURA. NESTAS HIPÓTESES, A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA;**
- E) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS OU CULPA GRAVE 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 SEUS SÓCIOS, CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES, PELOS BENEFICIÁRIOS E PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;**
- F) INUNDAÇÃO, TUFÃO, FURACÃO, ERUPÇÃO VULCÂNICA, TEMPESTADE, TERREMOTO, CICLONE, MAREMOTO OU QUALQUER OUTRA CONVULSÃO DA NATUREZA DE CARÁTER EXTRAORDINÁRIO;**
- G) EVENTOS EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM CONSUMADO OU NÃO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO;**
- H) PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM DESAFIOS E BRIGAS, EXCETO NOS CASOS DE PRÁTICA DE ESPORTE, LEGÍTIMA DEFESA OU ESTADO DE NECESSIDADE;**
- I) AS DOENÇAS, INCLUÍDAS AS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS;**
- J) A DOENÇA CONHECIDA COMO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC (EXCETO SE CONTRATADA A COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA);**
- K) AS DOENÇAS 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 PESSOAL COBERTO;**
- L) DE ACIDENTES OCORRIDOS EM DATA ANTERIOR À CONTRATAÇÃO DO SEGURO;**
- M) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;**
- N) PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS;**

- O) **ACIDENTE QUANDO O SEGURADO ESTIVER CONDUZINDO VEÍCULO AUTOMOTOR, AERONAVE OU EQUIPAMENTO SEM A DEVIDA APTIDÃO, HABILIDADE OU HABILITAÇÃO ESPECÍFICA E TENHA DADO CAUSA AO SINISTRO;**
 - P) **AS LESÕES DECORRENTES, DEPENDENTES, PREDISPOSTAS OU FACILITADAS POR ESFORÇOS REPETITIVOS OU MICROTRAUMAS CUMULATIVOS, OU QUE TENHAM RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO COM OS MESMOS, ASSIM COMO AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS - LER, DOENÇAS OSTEO-MUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO - DORT, LESÃO POR TRAUMA CONTINUADO OU CONTÍNUO - LTC, OU SIMILARES QUE VENHAM A SER ACEITAS PELA CLASSE MÉDICO-CIENTÍFICA, BEM COMO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS PÓS-TRATAMENTOS, INCLUSIVE CIRÚRGICOS, EM QUALQUER TEMPO; E**
 - Q) **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.**
- 4.2. **ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE, NÃO ESTARÃO COBERTOS OS DANOS E AS PERDAS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVÁ-LO COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE.**

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

- 5.1. O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.

6. CARÊNCIA

- 6.1. **Para eventos decorrentes de acidente pessoal não será aplicada carência, ressalvada a hipótese prevista no item 6.3.**
- 6.2. Poderão ser aplicadas carências nas coberturas contratadas, cujos prazos estarão previstos nas condições especiais de cada cobertura e no contrato de seguro.
- 6.3. **Haverá carência nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do seguro, para a tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.**
- 6.4. O prazo de carência será contado a partir da data de início de vigência da cobertura individual ou em relação ao valor do aumento do capital segurado ou da cobertura incluída, em caso de sua alteração na vigência do contrato de seguro.
- 6.5. **O período de carência para as coberturas contratadas deverá ser de, no máximo, 2 (dois) anos, entretanto, o prazo de carência não poderá exceder metade do prazo de vigência do certificado individual do seguro.**
- 6.6. No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para o(s) segurado(s) já incluído(s) no seguro pela apólice anterior.

7. FRANQUIA

- 7.1. As franquias aplicadas estarão previstas nas condições especiais de cada cobertura e no contrato de seguro.

8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

- 8.1. **A contratação ou alteração da apólice se dará mediante apresentação da proposta de contratação, preenchida e assinada pelo representante legal do estipulante e/ou subestipulante (se houver), e pelo corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das condições contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na seguradora.**
- 8.2. **A contratação ou alteração do seguro se dará mediante apresentação da proposta de adesão assinada pelo proponente, seu representante ou pelo corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das condições contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na seguradora.**
- 8.3. **O pagamento antecipado do prêmio total ou parcialmente não caracteriza a aceitação da proposta.**
- 8.4. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da proposta, para aceitá-la ou recusá-la. A ausência de manifestação da seguradora, por escrito, no prazo previsto, respeitada as condições de suspensão, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 8.5. **A seguradora, dentro do prazo estabelecido no item 8.4, poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da proposta. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a contar a partir da data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.**
- 8.5.1. Caso o proponente seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer apenas uma vez. No caso de proponente pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no item 8.4, desde que a seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxaço do risco.
- 8.6. A recusa do risco será comunicada pela seguradora ao estipulante e/ou subestipulante (se houver) ou corretor de seguros, por escrito, devidamente justificada.
- 8.7. Caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura e devidamente atualizado conforme previsto na Cláusula 17 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.
- 8.8. **Durante o período compreendido entre a data da recepção da proposta com o adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa da mesma, haverá cobertura pelo seguro.**
- 8.9. Poderá ser aceito como segurado, todo o proponente que esteja, na data de adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em condições normais de saúde e com idade conforme definido no contrato de seguro.
- 8.10. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão do seguro, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.

- 8.11. A aceitação do contrato coletivo se formalizará com a emissão da apólice de seguro pela seguradora no início do contrato, e em cada renovação, e, eventual alteração na apólice vigente se formalizará com a emissão do competente endosso, em até 15 (quinze) dias, a partir da aceitação da proposta de contratação.
- 8.12. A aceitação do seguro individual se formalizará com a emissão do certificado individual do seguro pela seguradora, no início do contrato e em cada renovação do seguro.
- 8.13. **É vedada a contratação ou alteração do seguro por meio de procuração.**

9. BENEFICIÁRIOS

A) COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

- 9.1. No caso de ocorrência de morte acidental do segurado, a indenização correspondente à cobertura básica de Morte Acidental - MA será paga de uma só vez e será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado na proposta de adesão.
- 9.2. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.
- 9.3. Na falta de indicação do beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente ou companheiro(a), e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária disposto no código civil.
- 9.4. Na falta das pessoas indicadas no item 9.1, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 9.5. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 9.6. **Em caso de falecimento do único beneficiário indicado no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, o capital segurado será pago aos beneficiários legais, conforme o item 9.3.**
- 9.7. **Em caso de falecimento de um dos beneficiários indicados no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com a distribuição do capital segurado destinado ao beneficiário pré-morto entre os demais beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pelo segurado a cada um, de forma a preservar a sua manifestação de vontade.**
- 9.8. **Em caso de falecimento simultâneo do segurado com um dos beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (comoriência), serão aplicadas as mesmas regras do item 9.7, considerando que o beneficiário comoriente não adquire direito ao capital segurado.**
- 9.9. **O segurado pode, a qualquer tempo, substituir o beneficiário, mediante contato exclusivo com a central de atendimento da seguradora e encaminhamento de correspondência assinada, nomeando os novos beneficiários.**
- 9.9.1. **O contato exclusivo com a central de atendimento não formaliza a solicitação de alteração de beneficiário e não dispensa o envio de correspondência devidamente assinada.**

9.9.2. Qualquer alteração de beneficiário somente terá validade 24 (vinte e quatro) horas da data de protocolo na seguradora da correspondência efetivamente assinada pelo segurado.

9.9.3. Em caso de não recebimento da formalização de alteração de beneficiário, devidamente assinada pelo segurado, a seguradora aplicará a distribuição do capital segurado conforme a indicação imediatamente anterior.

9.10. Em caso de indicação de beneficiário impedido por lei ou que tenha provocado a morte do segurado de forma intencional, ou ainda, na impossibilidade de pagamento ao(s) beneficiário(s) indicado(s), a indenização será paga conforme disposto no código civil.

9.11. Não será admitida a indicação ou substituição de beneficiário por procuração.

B) COBERTURA DE INVALIDEZ

9.12. Para todas as coberturas de invalidez, o beneficiário será o próprio segurado.

10. CAPITAIS SEGURADOS

10.1. O capital segurado contratado para cada uma das coberturas será estabelecido na apólice e nos respectivos certificados individuais do seguro.

10.2. O capital segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência de evento coberto, respeitando as condições contratuais e os limites estabelecidos para cada cobertura contratada.

10.3. Os capitais segurados do segurado dependente, quando for possível sua inclusão no seguro, em quaisquer coberturas, não podem ser superiores ao do segurado principal.

10.4. Poderá ser efetuado o aumento dos capitais segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de capital segurado individual vigente. Se aceitos pela seguradora, os novos capitais segurados terão início de vigência no 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento, poderá ser exigido do segurado o preenchimento de uma nova proposta de adesão e a declaração pessoal de saúde e atividades, iniciando-se nova carência de 2 (dois) anos para o valor aumentado, para hipótese de suicídio.

10.5. Para os segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento dos respectivos capitais segurados. Nestes casos, os capitais segurados serão atualizados anualmente pelo índice previsto na Cláusula 17 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.

10.6. O estipulante fica ciente que, para o aumento do capital segurado, o segurado deverá estar em boas condições de saúde e em plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do capital segurado não declarada na proposta de adesão, o pagamento da indenização prevista para a cobertura de morte será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios ao estipulante e/ou subestipulante (se houver) e/ou segurado.

10.7. Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional.

11. CUSTEIO DO SEGURO

11.1. A forma de custeio do seguro será estabelecida no contrato de seguro, com base nas seguintes possibilidades:

a) Contributário: aquele em que o segurado paga o seguro total ou parcialmente;

b) Não Contributário: aquele que o estipulante e/ou subestipulante (se houver) paga a totalidade do seguro.

12. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 12.1. A periodicidade de pagamento do prêmio poderá ser mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral, anual à vista ou fracionado em até 10 (dez) parcelas, conforme o definido no contrato de seguro.
- 12.1.1. Em caso de pagamento fracionado do prêmio, o segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas.**
- 12.1.2. Para os prêmios fracionados, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.**
- 12.1.3. Não será permitida cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.**
- 12.2. Para garantir seu direito à cobertura, o segurado e/ou estipulante e/ou subestipulante (se houver) deverão efetuar o pagamento do prêmio do seguro, até a data limite de seu vencimento, constante no respectivo documento de cobrança, de acordo com a forma de pagamento escolhida na proposta de contratação.
- 12.3. O pagamento dos prêmios de seguro será efetuado de acordo com a periodicidade e a data de vencimento estabelecida na apólice e no certificado individual.
- 12.4. Caso a data de vencimento do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, este poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil seguinte em que houver expediente bancário.
- 12.5. Nos casos de opção de pagamento por débito em conta corrente, o prêmio à vista será debitado após a respectiva aceitação da proposta pela seguradora.
- 12.6. Quando o estipulante ou o segurado optar pelo pagamento do prêmio em débito em conta corrente, a suspensão de autorização de débito caracterizará a inadimplência do segurado, sendo aplicado o disposto nas Cláusulas 13 - INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 18 - TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.**
- 12.7. Na renovação anual da apólice e sem prejuízo da atualização monetária prevista na Cláusula 17 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, o valor do prêmio do seguro, poderá ser reavaliado com o estipulante e/ou subestipulante (se houver), com base na composição etária do grupo segurado e os respectivos capitais segurados.
- 12.8. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 12.9. NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NAS CLÁUSULAS 15 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE E 20 - CANCELAMENTO DA APÓLICE.**
- 12.10. Em caso de atraso no pagamento do prêmio, será observado o disposto das Cláusulas 13 - INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 18 - TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

13. INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO

- 13.1. O não pagamento do prêmio único ou da 1ª (primeira) parcela do prêmio mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual fracionado, respeitada a periodicidade definida, até a data de seu vencimento caracteriza a não efetivação do contrato de seguro.

- 13.2.** Em caso de atraso no pagamento das parcelas posteriores a primeira, iniciará a contagem de prazo de tolerância de 90 (noventa) dias para regularização do pagamento, contados a partir da data de vencimento da 1ª (primeira) parcela inadimplente.
- 13.2.1.** A seguradora enviará notificação ao estipulante ou subestipulante, com antecedência mínima de 10 (dez) dias do prazo indicado no item 13.2, advertindo-o da necessidade de quitação da(s) parcela(s) do prêmio do seguro em atraso, sob pena de cancelamento do seguro.
- 13.3.** Ocorrendo sinistro no período de inadimplência, antes do cancelamento do seguro, a seguradora realizará o pagamento do capital segurado contratado, condicionado ao pagamento da(s) parcela(s) do prêmio devida(s).
- 13.4.** O seguro ficará de pleno direito cancelado, após o término do prazo concedido para regularização da inadimplência e não poderá mais ser restabelecido. Havendo interesse, deverá ser contratado novo seguro, respeitadas as condições de aceitação e elegibilidade, não sendo admitido qualquer vínculo entre a apólice/certificado individual cancelado por falta de pagamento.
- 13.4.1.** Nas contratações de seguros custeados total ou parcialmente pelos segurados, fica ajustado entre as partes que é de responsabilidade do estipulante e/ou subestipulante a cobrança dos referidos prêmios, bem como da quitação, nos prazos contratuais, das respectivas faturas emitidas pela seguradora.
- 13.5.** Em caso de atraso no pagamento do prêmio, a seguradora realizará a cobrança obedecendo a forma de pagamento estipulada no contrato de seguro e/ou nas propostas (contratação e/ou adesão) e aplicará os seguintes encargos previstos na Cláusula 17 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, calculada na base “pro rata temporis”.

14. SEGURADOS AFASTADOS

- 14.1.** O prêmio do segurado afastado para tratamento de saúde, em decorrência de doença, deverá ser pago normalmente à seguradora.
- 14.2.** É vedada, ao segurado afastado, toda e qualquer alteração individual do capital segurado, decorrente de aumento por promoção, durante seu afastamento.
- 14.3.** Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma para outra apólice, da mesma ou de outra seguradora, será mantido no novo seguro, o segurado principal afastado do serviço ativo por doença, desde que atendidas às demais exigências da proposta e do contrato do seguro.

15. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 15.1.** A vigência da apólice coletiva estará estabelecida no contrato de seguro e na própria apólice, tendo início e término às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida para tal fim.
- 15.2.** A apólice poderá ser renovada automaticamente, por período igual, uma única vez, salvo se a seguradora, o estipulante ou o grupo segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, contados da data de vencimento da vigência da apólice, comunicar por escrito o seu desinteresse.
- 15.3.** As renovações posteriores à primeira deverão ser expressas entre as partes, seguradora e estipulante, sendo que cabe à seguradora, com no mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência à data de renovação, comunicar por escrito o interesse pela renovação do seguro.

- 15.4.** A aceitação da proposta, bem como de cada alteração ou renovação, implicará na emissão do respectivo endosso.
- 15.5.** O endosso terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim nele indicado.
- 15.6.** Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados, ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 15.7.** 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.

16. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

- 16.1.** A vigência da cobertura individual terá início e término às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no certificado individual do seguro.
- 16.1.1.** Nos seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas com o pagamento antecipado do valor de prêmio, o início de vigência da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 16.1.2.** Nos seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento antecipado de prêmio, o início de vigência da cobertura do certificado individual deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 16.2.** O prazo de vigência da cobertura individual vigorará pelo prazo determinado no certificado individual do seguro, desde que não ultrapasse o fim de vigência da apólice coletiva podendo ser renovada automaticamente uma única vez. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante e/ou subestipulante (se houver), obrigatoriamente, de forma expressa, por escrito, observando as Cláusulas 15 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE, 18 - TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 - CANCELAMENTO DA APÓLICE.
- 16.3.** Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).
- 16.4.** A cobertura individual terá vigência pelo período em que a apólice coletiva estiver em vigor, ou seja, até o término de sua vigência, caso esta não seja renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio pago, exceto nas hipóteses previstas na Cláusula 18 - TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

- 17.1.** O capital segurado e o prêmio do seguro serão atualizados monetariamente anualmente, no vencimento do certificado individual do seguro ou segundo a variação do salário/provento, ou segundo outros fatores objetivos, conforme critério constante no contrato do seguro para fixação da escala de capitais.
- 17.1.1.** O índice utilizado para atualização monetária, em moeda nacional, será o IGP-M/FGV - ÍNDICE GERAL DE PREÇOS DE MERCADO DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS.

- 17.1.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice indicado no subitem anterior, o índice substituto será o IPCA/IBGE - ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.**
- 17.1.3. As atualizações serão calculadas com base na variação positiva apurada do acumulado dos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao vencimento do certificado individual de seguro.**
- 17.1.4. Não caberá atualização monetária nos contratos de seguros com vigência igual ou inferior a 1 (um) ano.**
- 17.2.** A atualização mencionada no item 17.1 se aplicará a todos os segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para os segurados ativos.
- 17.3.** Os valores devidos a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice estabelecido no subitem 17.1.2, a partir da data em que se tornarem exigíveis:
- a) No caso de Cancelamento do Contrato:** a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora;
 - b) No caso de Recebimento Indevido de Prêmio:** a partir da data de recebimento do respectivo prêmio;
 - c) No caso de Recusa da Proposta:** a partir da data de formalização da recusa, observada a Cláusula 8 - CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO.
- 17.3.1.** Os valores devidos a título de devolução de prêmio serão acrescidos de juros moratórios de 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) ao mês. Os juros moratórios serão calculados “pro rata temporis”, contados a partir da data em que se tornarem exigíveis até a data do efetivo pagamento.
- 17.3.2.** Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, o índice substituto será aquele constante no subitem 17.1.1, ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.
- 17.4.** Os valores dos prêmios em atraso sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice estabelecido no subitem 17.1.2 contados a partir do 1º (primeiro) dia útil posterior ao vencimento do prêmio até a data do efetivo pagamento. Serão acrescidos de juros moratórios de 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) ao mês. Os juros moratórios serão calculados “pro rata temporis”, contados a partir do 1º (primeiro) dia útil posterior ao vencimento do prêmio até a data do efetivo pagamento.
- 17.5.** Os valores das indenizações de sinistros sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice estabelecido no subitem 17.1.2, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, a partir da data de ocorrência do evento - ou, se for o caso de reembolso, a partir do dispêndio - até a data do efetivo pagamento, **somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.**

17.5.1. Os valores devidos a título de pagamento de indenização serão acrescidos de juros moratórios de 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) ao mês. Os juros moratórios serão calculados “pro rata temporis”, contados a partir do primeiro dia útil posterior ao término do prazo fixado até a data do efetivo pagamento.

17.6. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato de seguro.

18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

18.1. A cobertura termina:

- a) Com o falecimento do segurado principal;
- b) Com o cancelamento ou a não renovação da apólice ou do certificado individual, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago;
- c) Com o pagamento do capital segurado contratado, quando a cobertura prever a exclusão do segurado da apólice contratada;
- d) Na data em que for protocolado na seguradora o PEDIDO DE CANCELAMENTO feito pelo segurado, desde que por escrito e devidamente assinado ou o cancelamento ocorrer a pedido da seguradora;
- e) Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante e/ou subestipulante;
- f) Se constatada uma das hipóteses previstas na Cláusula 19 - PERDA DE DIREITOS.

19. PERDA DE DIREITOS

19.1. A seguradora não pagará qualquer indenização referente ao presente seguro, nem restituirá os prêmios do seguro e terá ainda o direito ao recebimento do prêmio vencido, caso o estipulante, o subestipulante (se houver), o segurado, seu(s) preposto(s), seu(s) beneficiário(s), seu corretor de seguros ou seu(s) representante(s) legal(is):

- a) Agravar intencionalmente o risco;
- b) Fizer declaração inexata ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio;
- c) Faltar com o cumprimento das obrigações ajustadas pelo contrato deste seguro;
- d) Dolo, fraude consumada ou sua tentativa, simulação ou culpa grave tanto na contratação do seguro, quanto durante a sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização.

19.2. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do estipulante, do subestipulante (se houver), do segurado, seus prepostos, seus beneficiários, seu corretor de seguros ou seus representantes legais, a seguradora poderá:

- I. Na hipótese de não ocorrência de evento coberto:
 - 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 do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

- II. Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento parcial do capital segurado:
- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, mediante o recebimento do prêmio devido, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
 - b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
- III. Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento, mediante o recebimento do prêmio devido.
- 19.3. Também haverá a perda do direito ao capital segurado, pelo segurado, beneficiário, estipulante, subestipulante (se houver), seu(s) preposto(s), corretor ou seu(s) respectivo(s) representante(s) legal(is), na prática dos seguintes casos:
- a) Utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização;
 - b) Fraude ou tentativa de fraude, inclusive em laudos médicos que justifiquem falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
 - c) Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto.
- 19.4. O segurado é obrigado a comunicar à seguradora, logo que o saiba, de todo e qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se provado que silenciou de má-fé, conforme legislação em vigor.
- a) Recebida a comunicação a seguradora poderá cancelar o seguro, mediante comunicação por escrito ao segurado, desde que o faça no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos após o recebimento do aviso da agravação do risco.
 - b) O cancelamento do contrato de seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.
- 19.4.1. Entre outras ocorrências, também caracteriza a alteração de risco ocorrências como: mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração pessoal de saúde.

20. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 20.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 - INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 18 - TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL, a apólice de seguro ficará automaticamente cancelada, sem qualquer restituição de prêmios:
- a) Por mútuo acordo entre a seguradora e estipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de, pelo menos, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, respeitado o prazo de aviso prévio mínimo de 60 (sessenta) dias;
 - b) Pelo descumprimento de qualquer cláusula/disposição das condições contratuais da apólice;

- c) Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo(s) estipulante(s), subestipulante(s) e/ou preposto, devidamente comprovada na contratação do seguro, durante a sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização;
- d) Quando o estipulante e/ou subestipulante(s) deixar de efetuar o pagamento ou repasse dos prêmios do seguro, observado o disposto na Cláusula 13 - INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO destas condições gerais.

20.2. A apólice coletiva não poderá ser cancelada durante a vigência, pela seguradora, sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

20.3. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, o prêmio calculado “pro rata temporis”.

20.3.1. Em caso de pagamento de prêmio fracionado, a seguradora reterá do prêmio, além dos emolumentos, a parte do tempo decorrido, calculado “pro rata temporis”, entre a data de início de vigência, ou aniversário da apólice, e a data de cancelamento do seguro.

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

21.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o segurado, o(s) beneficiário(s) ou seu(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicar imediatamente à seguradora por meio da Central de Atendimento.

21.2. Para o processo de avaliação de cobertura, além dos documentos específicos de cada cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos relacionados a seguir:

21.2.1. Documentação para qualquer evento:

- a) Cópia do RG e CPF do segurado e da pessoa que sofreu o sinistro;
- b) Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e da pessoa que sofreu o sinistro. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado;
- c) Comprovante de vínculo empregatício, cópia dos 3 (três) últimos holerites, ficha de registro de empregado e rescisão contratual do(a) segurado(a), se cabível;
- d) Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro - Pessoa Física devidamente preenchido.

21.2.2. Documentação para evento morte:

- a) Certidão e declaração de óbito do segurado.

21.2.3. Documentação para evento de acidentes pessoais:

- a) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial - BO, se cabível;
- b) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, se acidente automobilístico e o segurado for o condutor, se cabível;
- c) CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante período de trabalho), se cabível;

- d) Cópia do Laudo Necroscópico do IML - Instituto Médico Legal, se cabível;
- e) Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente, se cabível;
- f) Cópia dos Laudos de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal - IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o(a) segurado(a) tenha sido condutor(a) no veículo envolvido em acidente), se cabível.

21.2.4. O(s) **beneficiário(s) indicado(s)** pelo segurado deverão apresentar **também** os seguintes documentos:

- a) Cópias de RG(s) e CPF(s);
 - i. Na falta do RG, do(s) beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;
 - ii. **Independente da idade do(s) beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles;**
- b) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s). Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado:
 - i. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s):
 - Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);
 - Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s);
- c) Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do segurado, necessária somente caso o estado civil do segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo;
- d) Em caso de companheiro(a), enviar Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o(a) companheiro(a) seja dependente do(a) segurado(a).

21.2.5. Na falta de beneficiários indicados pelo segurado, **o(s) beneficiário(s) legal(is)**, deverá(ão) apresentar além dos documentos do subitem 21.2.4, os seguintes documentos:

- a) Declaração do(s) herdeiro(s) legal(is) com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado, contendo o nome completo e suas respectivas datas de nascimento:
 - i. Na falta dos filhos indicar o nome dos pais, na falta, a dos avós, e na falta desses os dos irmãos do(a) segurado(a);
 - ii. Em caso de falecimento de um dos herdeiros (descendente ou ascendente) deverá ser encaminhado a certidão de óbito atualizada.

- 21.3. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para o pagamento do capital segurado devido, contados da data da entrega de todos os documentos básicos e os relacionados nas condições especiais das respectivas coberturas, observado o disposto no item 21.2.**
- 21.3.1. A seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos/informações que se façam necessários durante a regulação do sinistro, para conclusão da análise e sua completa elucidação.** Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do 1º (primeiro) dia útil seguinte à data da entrega protocolada de todos os documentos/informações complementares solicitados.
- 21.4. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo para pagamento, os processos de sinistro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.**
- 21.5. A não entrega dos documentos solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará no arquivamento do processo de sinistro administrativamente. O processo poderá ser reaberto a qualquer tempo, mediante solicitação do segurado ou beneficiário com a apresentação dos documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto na legislação vigente.**
- 21.6. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a seguradora venha a praticar após o aviso do sinistro não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer capital segurado. A seguradora poderá exigir a autenticação das cópias dos documentos necessários à análise.**
- 21.7. Não será aceito, para fins do pagamento do capital segurado, relatório emitido por médico que seja o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**
- 21.8. Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.**
- 21.9. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) beneficiário(s) correrão por conta dos interessados no pagamento de eventual capital segurado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.**
- 21.10. Independentemente dos documentos exigidos pela seguradora nas condições especiais de cada cobertura, esta poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação para apurar comprovação ou não do evento.**
- 21.11. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica no segurado a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.**
- 21.12. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.**
- 21.13. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.**

- 21.14.** A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os terceiros serão pagos, em partes iguais, pelo segurado ou beneficiário e pela seguradora.**
- 21.15.** 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.
- 21.16.** **O não comparecimento do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem. Se ficar comprovado que uma das partes impediu intencionalmente a realização de nova junta, esta deverá arcar com todas as despesas da nova, salvo convenção em contrário.**
- 21.17.** **A seguradora não aceitará que seja nomeado como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge/companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, pagamento de capital segurado por parte da seguradora.**
- 21.18.** **O segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do segurado, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado através de seu médico assistente.**
- 21.19.** Caso haja atraso no pagamento do capital segurado relativa ao evento coberto, a importância devida pela seguradora será atualizada conforme previsto na Cláusula 17 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.
- 21.20.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 21.21.** O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento, pago em parcela única.
- 21.22.** Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez, deverão ser atualizados pela variação positiva do índice pactuado na Cláusula 17 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

22. ALTERAÇÕES NA APÓLICE

- 22.1.** **Eventuais alterações podem ser processadas em consequência de acordo entre a seguradora e o estipulante na renovação da apólice, respeitados os compromissos firmados com os segurados com contratos anteriores às alterações.**
- 22.2.** Caso o estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato **que impliquem em ônus, deveres adicionais ou redução de seus direitos aos segurados**, ao longo de sua vigência, deverá apresentar à seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, observado o disposto na Cláusula 8 - CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE

23.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas condições gerais e demais disposições contratuais, ainda, são obrigações do estipulante e/ou do subestipulante:

- a) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo seus dados cadastrais e dos componentes do grupo, observados os normativos do órgão regulador e legislação vigente;**
- b) Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;**
- c) Fornecer ao segurado ou ao beneficiário, sempre que solicitado, quaisquer, informações relativas ao contrato de seguro;**
- d) Discriminar o valor do prêmio de seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;**
- e) Repassar os prêmios de seguro à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;**
- f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;**
- g) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos, para o segurado;**
- h) Comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;**
- i) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a avaliação do risco e o pagamento do capital segurado;**
- j) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;**
- k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e**
- l) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, seu CNPJ, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante ou subestipulante.**

23.2. No caso de seguros contributários, é vedado ao estipulante e ao subestipulante (se houver):

- a) Cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;**
- b) Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;**

- c) **Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, por escrito, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;**
- d) **Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.**

23.3. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará o cancelamento do seguro, conforme previsão existente no item 18.1, alínea “b”, da Cláusula 18 - TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e sujeita o estipulante ou subestipulante às cominações legais.

23.4. O estipulante e/ou o subestipulante (se houver) deverá, obrigatoriamente, fornecer à seguradora as seguintes informações cadastrais, observadas as condições e prazos da normatização e legislação em vigor:

- a) Nome completo;
- b) Número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF/MF; número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data de expedição; ou número do Passaporte, com identificação do País de expedição;
- c) Endereço completo (logradouro, bairro, Código de Endereçamento Postal - CEP, cidade, unidade da federação);
- d) Número de telefone e código de DDD, se houver;
- e) Profissão;
- f) Patrimônio estimado ou faixa de renda mensal; e
- g) Enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso.

23.5. Mensalmente, até a data estabelecida no contrato de seguro, deverá ser enviado à seguradora por meio de arquivo eletrônico as informações necessárias para cálculo do Prêmio/Faturamento, incluindo o nome do segurado, sexo, matrícula, salário, CPF, data de nascimento e data de inclusão, este arquivo deve conter todos os segurados. Caso a movimentação seja enviada após o período estipulado no contrato de seguro, o faturamento será efetuado com base nos dados do período anterior, e o acerto após recebimento dos dados corretos, será efetuado no faturamento do período de competência posterior. De posse dos dados, a seguradora emitirá fatura e respectivo documento de cobrança com data de vencimento estabelecida no contrato do seguro para pagamento.

24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

24.1. A propaganda e divulgação do seguro, por parte do estipulante e/ou corretor de seguros, somente poderão ser feitas com autorização prévia, expressa e de supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da apólice e as normas de seguro. Fica a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizada, por escrito.

24.2. **A divulgação do seguro sem a prévia autorização da seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas adesões e/ou no cancelamento do seguro.**

25. PRESCRIÇÃO

25.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

26. FORO

- 26.1. Fica eleito o Foro da Comarca do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato.
- 26.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

27. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 27.1. **A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.**
- 27.2. Aos casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicáveis leis, regulamentos e normas relacionados à matéria de seguros no Brasil e a legislação brasileira.
- 27.3. **O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.**
- 27.4. **O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**
- 27.5. **Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante ou ao subestipulante (se houver).**
- 27.6. As condições contratuais deste produto encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número do processo constante na apólice/proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL - MA

28. OBJETIVO DA COBERTURA

28.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio, o pagamento aos beneficiários do capital segurado contratado, em caso de falecimento do segurado, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto**, ocorrido durante o período de vigência do seguro, **observado os riscos excluídos e as demais disposições contratuais**.

29. CAPITAIS SEGURADOS

29.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

29.2. **Os capitais segurados da cobertura básica de Morte Acidental - MA e da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IPA, quando contratadas, não se acumulam. Se, depois de pago o capital pela cobertura de invalidez permanente, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização relativa a Morte Acidental - MA, deduzindo-se o valor já pago pela invalidez permanente por acidente.**

30. DATA DO EVENTO

30.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

31. DISPOSIÇÕES GERAIS

31.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - IPTA

32. OBJETIVO DA COBERTURA

32.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento ao segurado do capital segurado contratado, caso o segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido, pela perda ou impotência funcional definitiva e total dos membros ou órgãos especificados na Tabela Para o Cálculo da Indenização indicada na Cláusula 68 - RISCOS COBERTOS, em decorrência de lesão física provocada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, especificado na Cláusula 2 - DEFINIÇÕES das condições gerais, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais**.

33. RISCOS COBERTOS

33.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente **em decorrência exclusiva de acidente pessoal coberto**, especificado na Cláusula 2 - DEFINIÇÕES das condições gerais, ocorrido durante o período de vigência do seguro, **observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos**.

- 33.2. Entende-se como Invalidez Permanente Total por Acidente, a perda ou impotência funcional definitiva e total dos membros ou órgãos, conforme especificado na Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, constante no item 68.8, a ser pago em virtude de lesão física exclusivamente decorrente de acidente pessoal coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, considerando os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observado o disposto no item 68.5 desta cláusula.**
- 33.3. No caso de Invalidez Permanente Total decorrente de acidente pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, constatada e avaliada a existência de Invalidez Permanente Total quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado, de uma só vez, uma indenização de 100% (cem por cento) do capital segurado relativo a esta cobertura, de acordo com a “Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente”, descrita no item 33.8 desta cláusula.**
- 33.4. QUANDO DE UM MESMO ACIDENTE RESULTAR INVALIDEZ DE MAIS DE UMA DAS HIPÓTESES especificadas na tabela constante no item 33.8 a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado.**
- 33.5. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMBLADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE QUE TRATA ESSA COBERTURA, DEVENDO SER COMPROVADA POR RELATÓRIO MÉDICO.**
- 33.6. As indenizações pela cobertura básica de Morte Acidental - MA e pela cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente - IPTA não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPTA, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização relativa a Morte Acidental, deduzido o valor já pago pela IPTA.**
- 33.7. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IPA.**
- 33.8. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE**

Caracterizada a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme previsto nesta condição especial, a indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir:

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	
	Perda total do uso de ambas as mãos	
	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	
	Perda total de uso de ambos os pés	
	Alienação mental total e incurável Nefrectomia bilateral	

34. RISCOS EXCLUÍDOS

34.1. Além dos riscos excluídos mencionados na Cláusula 4 - RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também excluídos desta cobertura adicional, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta e/ou relacionados a:

- a) Quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) Os tratamentos e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivos ao acidente;
- c) Os erros médicos;
- d) Problemas auditivos e outros;
- e) Envenenamento, exceto escapamento acidental de gases e vapores.

35. CAPITAIS SEGURADOS

35.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

36. DATA DO EVENTO

36.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

37. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

37.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 - INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, 18 - TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 - CANCELAMENTO DA APÓLICE das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado relativo a esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro.

37.1.1. Os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente pelo índice previsto no item 17.3 da Cláusula 17 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS das condições gerais.

38. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

38.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 21 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido pelo médico que assistiu o segurado ou a pessoa que sofreu o sinistro, contendo o histórico do atendimento, o diagnóstico, tratamento usado, alta definitiva e, as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;
- b) Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia) do segmento (órgão ou parte do corpo).

39. DISPOSIÇÕES GERAIS

39.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.