

SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

Condições Gerais

Versão 3

Processo SUSEP nº 10.005473/99-33

ÍNDICE

ÍNDICE	2
CONDIÇÕES GERAIS	4
CLÁUSULA 1 - OBJETIVO DO SEGURO	4
CLÁUSULA 2 - DEFINIÇÕES	4
CLÁUSULA 3 - COBERTURAS DO SEGURO	7
CLÁUSULA 4 - RISCOS EXCLUÍDOS	8
CLÁUSULA 5 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	9
CLÁUSULA 6 - CARÊNCIA	9
CLÁUSULA 7 - ACEITAÇÃO DO SEGURO	9
CLÁUSULA 8 - BENEFICIÁRIOS	11
CLÁUSULA 9 - CAPITAL SEGURADO	12
CLÁUSULA 10 - REGIME FINANCEIRO	12
CLÁUSULA 11 - PAGAMENTO DE PRÊMIO	12
CLÁUSULA 12 – INÍCIO E VIGÊNCIA DA APÓLICE	13
CLÁUSULA 13 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	14
CLÁUSULA 14 - PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO	14
CLÁUSULA 15 - PERDA DE DIREITOS	15
CLÁUSULA 16 - CANCELAMENTO DA APÓLICE	16
CLÁUSULA 17 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	17
CLÁUSULA 18 - PROPAGANDA E PUBLICIDADE	19
CLÁUSULA 19 - PRESCRIÇÃO	20
CLÁUSULA 20 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	20
CLÁUSULA 21 - FORO	20
CONDIÇÕES ESPECIAIS	21
CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA 21	
CLÁUSULA 1 - COBERTURA DO SEGURO	21
CLÁUSULA 2 - CAPITAL SEGURADO	25
CLÁUSULA 3 - BENEFICIÁRIOS	26
CLÁUSULA 4 - PAGAMENTO DE PRÊMIO	26
CLÁUSULA 5 - TÉRMINO DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL	26
CLÁUSULA 6 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	26
CLÁUSULA 7 - DISPOSIÇÕES GERAIS	27
CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA	28
CLÁUSULA 1 - COBERTURA DO SEGURO	28

CLÁUSULA 2 - CAPITAL SEGURADO	29
CLÁUSULA 3 - BENEFICIÁRIOS	29
CLÁUSULA 4 - PAGAMENTO DE PRÊMIO	29
CLÁUSULA 5 - TÉRMINO DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL.....	29
CLÁUSULA 6 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	29
CLÁUSULA 7 - DISPOSIÇÕES GERAIS	31
CLÁUSULA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES – DMH.....	32
CLÁUSULA 1 - DEFINIÇÕES.....	32
CLÁUSULA 2 - COBERTURA DO SEGURO.....	32
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO	32
CLÁUSULA 4 - BENEFICIÁRIOS	32
CLÁUSULA 5 - PAGAMENTO DE PRÊMIO	32
CLÁUSULA 6 - EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS	33
CLÁUSULA 7 - TÉRMINO DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL.....	33
CLÁUSULA 8 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	33
CLÁUSULA 9 - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES	34
CLÁUSULA 10 - DISPOSIÇÕES GERAIS	34
CLÁUSULA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – DIT	35
CLÁUSULA 1 - DEFINIÇÕES.....	35
CLÁUSULA 2 - COBERTURA DO SEGURO	35
CLÁUSULA 3 - RISCOS COBERTOS	35
CLÁUSULA 4 - RISCOS EXCLUÍDOS	35
CLÁUSULA 5 - CAPITAL SEGURADO	37
CLÁUSULA 6 - BENEFICIÁRIOS	37
CLÁUSULA 7 - FRANQUIA.....	37
CLÁUSULA 8 - PAGAMENTO DE PRÊMIO	37
CLÁUSULA 9 - TÉRMINO DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL.....	37
CLÁUSULA 10 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	37
CLÁUSULA 11 - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES	39
CLÁUSULA 12 - DISPOSIÇÕES GERAIS	39

CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 1 - OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao beneficiário do seguro ou ao próprio segurado, observadas as coberturas contratadas e as condições contratuais em vigor na data de ocorrência do evento, estando a apólice e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento previsto nas condições contratuais, **respeitando-se os riscos expressamente excluídos da apólice.**

CLÁUSULA 2 - DEFINIÇÕES

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

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação, 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 tentativas de sequestros; e

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) **excluem-se desse conceito:**

b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2) as 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 semelhantes, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nesta cláusula.

- 2.2. **Aditivo:** Equivalente ao endosso, é o termo utilizado para definir instrumento do contrato de seguro utilizado para proceder alterações na apólice.
- 2.3. **Apólice:** documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente.
- 2.4. **Aviso de Sinistro:** comunicação específica de um sinistro, que o Segurado ou Beneficiário são obrigados a fazer à Sociedade Seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do evento passível de cobertura. Esta comunicação deverá ser feita imediatamente após a ocorrência do evento.
- 2.5. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do evento coberto.
- 2.6. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora, no caso de ocorrência do sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.
- 2.7. **Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
- 2.8. **Cobertura de Risco:** cobertura do seguro de pessoas conferida pelo contrato de seguro a evento incerto que independe da vontade das partes contratantes, cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.
- 2.9. **Comoriência:** É a presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.
- 2.10. **Companheiro(a):** é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios previstos contratualmente.
- 2.11. **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais e da apólice.
- 2.12. **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados e dos beneficiários.
- 2.13. **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro que, eventualmente, alteram as condições gerais.
- 2.14. **Condições da Apólice:** conjunto de cláusulas que alteram as condições gerais e/ou especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.
- 2.15. **Corretor:** é pessoa física ou jurídica, legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Sociedades Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas.
O corretor de seguros responderá civilmente perante os Segurados e as Sociedades Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.

- 2.16. **Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** declaração legal e formal, na qual o proponente presta as informações e declarações sobre o seu estado de saúde e de atividade profissional exercida, sob sua responsabilidade e sob as penas previstas no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, para avaliação do risco pela sociedade seguradora.
- 2.17. **Lesões Preexistentes e suas Consequências:** são as lesões, contraídas pelo Segurado, anteriormente à data de contratação do seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na proposta de contratação do seguro. Caracteriza-se, ainda, quando o segurado omite tratamento realizado na contratação do seguro. A omissão dessas lesões, por ocasião da contratação do seguro, poderá ensejar a perda de direito ao seguro.
- 2.18. **Endosso:** documento emitido pela sociedade seguradora por meio do qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice.
- 2.19. **Evento Coberto:** o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de enquadramento nas coberturas previstas na apólice.
- 2.20. **Foro:** âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do contrato de seguro.
- 2.21. **Indenização:** é o valor a ser pago ao beneficiário pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada, respeitando-se os riscos excluídos da apólice contratada.
- 2.22. **Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
- 2.23. **Médico Assistente:**
- 2.23.1. É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do segurado.
- 2.23.2. **Não serão aceitos 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.**
- 2.24. **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.25. **Parâmetros Técnicos:** a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.
- 2.26. **Período de Cobertura:** prazo de duração da cobertura contratada, respeitadas as condições contratuais, no qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados, no caso de ocorrência de evento coberto.

- 2.27. **Prazo de Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro, durante o qual a seguradora está isenta de responsabilidade indenizatória, ou seja, em que, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados em eventual ocorrência de sinistro.
Não haverá carência para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, ressalvada a hipótese de suicídio (desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação), prevista no item 4.1 d) destas Condições Gerais.
- 2.28. **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 2.29. **Prêmio Comercial:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos.
- 2.30. **Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos.
- 2.31. **Proponente:** pessoa física que apresenta proposta para a contratação do seguro, interessada em contratar a(s) cobertura(s).
- 2.32. **Proposta de Contratação:** documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de contratar cobertura(s), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.33. **Regulação de Sinistro:** é o exame, das suas causas e circunstâncias a fim de se caracterizar o risco ocorrido e, em face dessas verificações, se concluir sobre a cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 2.34. **Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.
- 2.35. **Segurado:** pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.36. **Seguradora:** é a empresa legalmente constituída para comercializar o seguro e que se responsabiliza pela cobertura do seguro contratada, mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nestas condições contratuais.
- 2.37. **Sinistro:** a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
- 2.38. **Vigência do Seguro:** período de cobertura no qual a apólice do seguro está em vigor.

CLÁUSULA 3 - COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. **Cobertura Básica de Morte Acidental do Segurado (MA):** É a garantia do pagamento de indenização ao beneficiário do seguro de 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura, em caso de morte acidental do segurado, observadas as condições gerais, **e desde que não se trate de risco expressamente excluído.**

3.2. É OBRIGATÓRIA A CONTRATAÇÃO DA COBERTURA BÁSICA.

3.3. ESTA COBERTURA PODERÁ SER CONTRATADA ISOLADAMENTE.

3.4. Coberturas Adicionais: Mediante o pagamento de prêmio adicional, poderão ser contratadas as seguintes coberturas:

- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- Invalidez Permanente Total por Acidente;
- Despesas Médico-Hospitalares;
- Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente.

3.4.1. Estas coberturas serão definidas nas condições adicionais do seguro e somente poderão ser contratadas pelos segurados que atendam às condições de aceitação previstas nas cláusulas adicionais ou no contrato do seguro.

3.4.2. Para contratar a(s) Cobertura(s) Adicional(is), a Cobertura Básica deverá ser contratada.

CLÁUSULA 4 - RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS A OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:

- a) **DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA, OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**
- b) **DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA 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 SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;**
- c) **DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E QUE NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS PELO SEGURADO NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO;**
- d) **DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS DOIS ANOS ININTERRUPTOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO;**
- e) **DANOS E PERDAS CAUSADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SOCIEDADE 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 PÚBLICA COMPETENTE;**
- f) **DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO;**

4.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTAS CONDIÇÕES GERAIS:

- 4.2.1 OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;**
- 4.2.2 INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS E/OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO, DESDE QUE SEJA DEMONSTRADO SEU NEXO CAUSAL.**
- 4.2.3 EPIDEMIAS E PANDEMIAS, DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE.**

CLÁUSULA 5 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

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

CLÁUSULA 6 - CARÊNCIA

- 6.1. HAVERÁ CARÊNCIA DE 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS PARA A TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS.**
- 6.2. O PRAZO DE CARÊNCIA SERÁ CONTADO A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA.**
- 6.3. NÃO HÁ PRAZO DE CARÊNCIA PARA SINISTROS DECORRENTES DE ACIDENTES PESSOAIS, RESSALVADA A HIPÓTESE PREVISTA NO ITEM 6.1.**

CLÁUSULA 7 - ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. A CONTRATAÇÃO DA APÓLICE SE FORMALIZARÁ APÓS A ACEITAÇÃO PELA SEGURADORA DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO APRESENTADA PELO PROPONENTE E/OU CORRETOR, APÓS O CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO E AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEFINIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.**
- 7.2. Poderá ser aceito como segurado, todo o proponente, que se encontre, na data da contratação do seguro, em plena atividade profissional, em perfeitas condições de saúde e com idade compreendida entre 18 (dezoito) anos e 70 (setenta) anos.**
- 7.3. A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.**
- 7.4. A proposta de contratação será apresentada com o devido preenchimento da declaração pessoal de saúde, devidamente assinada pelo proponente, seu representante legal ou pelo corretor de seguros. A seguradora tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo na sociedade seguradora para aceitação ou recusa do risco.**
- 7.5. O prazo de 15 (quinze) dias será suspenso, quando a sociedade seguradora verificar que as informações contidas na proposta de contratação são insuficientes e solicitar, por uma única vez, a apresentação de novos documentos ou de exames. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias voltará a correr à zero hora do dia seguinte em que ocorrer o protocolo de entrega do que tiver sido solicitado.**

- 7.5.1. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.
- 7.6. A recusa do risco será comunicada ao proponente por escrito, devidamente justificada.
- 7.7. Após o prazo de 15 (quinze) dias, a aceitação do seguro será automática, caso não haja a comunicação ao proponente por escrito, em caso de recusa.
- 7.8. **Na proposta de contratação deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à sociedade seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro. A constatação de omissões ou de declarações inexatas de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no prêmio, ensejará a perda do direito à cobertura, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora terá o direito, a seu critério, de resolver o contrato ou a cobrar a diferença do prêmio, mesmo após o sinistro.**
- 7.9. O pagamento antecipado do prêmio do seguro, não caracteriza a aceitação da Proposta. Recebida a Proposta pela Sociedade Seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, e o prêmio antecipado, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, com cobertura condicional, no qual a Sociedade Seguradora avaliará o risco.
- 7.10. **Considera-se cobertura condicional, para efeito deste item, aquela em que a Sociedade Seguradora dará cobertura durante a análise da proposta, a contar da data do recebimento da proposta pela Seguradora com o pagamento do prêmio antecipado, e vigorará até a data da aceitação da proposta ou formalização da recusa, o que ocorrer primeiro, desde que o proponente esteja em perfeitas condições de saúde, ou ainda, por qualquer motivo não represente risco agravado para a Sociedade Seguradora.**
- 7.11. No caso de não aceitação de seguro em que já tenha havido pagamento do prêmio à Sociedade Seguradora, os valores pagos, líquidos de IOF, serão devolvidos, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos após a formalização da recusa.
- 7.12. **O PRÊMIO, A QUE SE REFERE NO ITEM 7.11, SERÁ ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 7.12.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 7.12, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.
- 7.13. **ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 7.12, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO, DE 0,25% (ZERO VÍRGULA VINTE E CINCO POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA A DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**

- 7.14. Os aposentados por outros motivos que não a invalidez no seguro, poderão contratar o seguro, pagando os respectivos prêmios, conforme definido nas condições contratuais.
- 7.15. **É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO ATRAVÉS DE PROCURAÇÃO.**
- 7.16. A aceitação do seguro implicará na emissão, pela Sociedade Seguradora, da Apólice Individual, que será entregue ao Segurado.
- 7.17. **Em caso de inexatidão das informações da Apólice, o segurado deverá comunicar imediatamente a seguradora para a sua regularização. Caso seja comprovado que as informações inexatas são decorrentes das declarações do proponente, e não havendo a correção imediata das informações após o recebimento da apólice, o segurado poderá perder o direito à indenização.**

CLÁUSULA 8 - BENEFICIÁRIOS

- 8.1. No caso de ocorrência de morte do segurado, a indenização correspondente à cobertura básica de Morte Acidental será paga de uma só vez e será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado. Na falta de indicação expressa de beneficiários ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita sem que haja outro beneficiário indicado, serão beneficiários aqueles designados por lei devendo ser aplicado o disposto no artigo 792 do Código Civil, ou seja, metade ao cônjuge e o restante aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária.
- 8.2. **Para efeitos deste seguro, o(a) companheiro(a) será equiparado ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o segurado era solteiro ou separado de fato.**
- 8.3. **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 do segurado, conforme item 8.1.**
- 8.4. **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.**
- 8.5. **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 dos itens 8.3 e 8.4 considerando que o beneficiário comoriente não adquire direito ao capital segurado.**
- 8.6. **EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DO SEGURADO, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A(S) PARTE(S) DA INDENIZAÇÃO QUE CABERIA(M) A ESTE(S) SERÁ(ÃO) PAGA(S) AOS DEMAIS BENEFICIÁRIOS INDICADOS, EM PARTES PROPORCIONAIS, RESPEITADO O PERCENTUAL ORIGINALMENTE DEFINIDO PELO SEGURADO E, NA FALTA DE OUTROS BENEFICIÁRIOS SERÁ PAGO CONFORME ESTABELECIDO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO**

- 8.7. SE O SEGURADO NÃO RENUNCIAR À FACULDADE, PODERÁ, A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O BENEFICIÁRIO POR ATO ENTRE VIVOS OU DE ÚLTIMA VONTADE, MEDIANTE CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO DA SEGURADORA E ENCAMINHAMENTO DE CORRESPONDÊNCIA NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS.**
- 8.8. O CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO NÃO FORMALIZA A SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO E NÃO DISPENSA O ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA.**
- 8.8.1. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE NO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL SUBSEQUENTE À DATA DE PROTOCOLO NA SOCIEDADE SEGURADORA DA CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO.**
- 8.8.2. EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO, DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO, A SOCIEDADE SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.**
- 8.9. Todo segurado tem o direito de indicar na respectiva proposta de contratação, o beneficiário do seguro.**

CLÁUSULA 9 - CAPITAL SEGURADO

- 9.1. O capital segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência de sinistro, respeitando os limites estabelecidos.**
- 9.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação da responsabilidade da Sociedade Seguradora e do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.**
- 9.3. Todos os valores são expressos em moeda corrente nacional.**

CLÁUSULA 10 - REGIME FINANCEIRO

- 10.1. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado ou ao beneficiário.**
- 10.2. No Regime Financeiro de Repartição Simples, os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada segurado para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro.**

CLÁUSULA 11 - PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 11.1. O valor do prêmio será determinado em função do capital segurado na época da contratação do seguro.**
- 11.2. Para garantir seu direito à cobertura, deverá ser efetuado o pagamento do Prêmio do seguro até a data de seu vencimento.**

- 11.3. O pagamento do Prêmio de Seguro poderá ser anual á vista ou fracionado, conforme definido pelo segurado na proposta de contratação.
- 11.4. A forma de cobrança será através de débito automático em conta-corrente, em data definida pelo segurado na proposta de contratação, ou débito em cartão de crédito, na data de vencimento da fatura, conforme opção definida pelo segurado na proposta de contratação.
- 11.5. A primeira parcela do prêmio será debitada no ato da contratação do seguro para os casos de opção pelo débito automático em conta-corrente.
- 11.6. Para os casos de opção pelo pagamento através dos cartões de crédito, a primeira parcela do prêmio será debitada no vencimento da fatura do cartão de crédito.
- 11.7. PARA OS CASOS DE OPÇÃO PELO PAGAMENTO ATRAVÉS DOS CARTÕES DE CRÉDITO, O NÃO PAGAMENTO DE PELO MENOS A FATURA MÍNIMA DO CARTÃO ACARRETERÁ A INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO, SENDO APLICADO O DISPOSTO NA CLÁUSULA 14 - PRAZO DE TOLERÂNCIA.**
- 11.8. A qualquer tempo o segurado poderá solicitar a substituição da forma de pagamento do prêmio de débito automático em conta-corrente para cartão de crédito ou vice-versa.
- 11.9. Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, poderá ser efetuado o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas, e sem acréscimo de valor.
- 11.10. Servirão como comprovante de pagamento de prêmios, quando aplicável: 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.
- 11.11. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 11.12. NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NA CLÁUSULA 16 - CANCELAMENTO DA APÓLICE.**

CLÁUSULA 12 – INÍCIO E VIGÊNCIA DA APÓLICE

- 12.1. O início da cobertura será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de contratação pela Sociedade Seguradora. **No caso de propostas recepcionadas com o pagamento antecipado do prêmio total ou parcial, o início da cobertura da apólice individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção das propostas pela Sociedade Seguradora.**
- 12.2. O prazo de vigência da apólice é de até 1 (um) ano conforme definido na proposta de contratação e constante na apólice do seguro.
- 12.3. A apólice e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

CLÁUSULA 13 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 13.1. Os capitais segurados e prêmios de cada segurado serão atualizados anualmente, com base na variação do IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas, acumulado nos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário do seguro.
- 13.2. No caso de extinção do índice acima pactuado, o índice a ser utilizado será o IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO / FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.

CLÁUSULA 14 - PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO

- 14.1. EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO FRACIONADO OU O NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO ANUAL Á VISTA ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, NÃO ESTARÁ CARACTERIZADA A EFETIVAÇÃO DO CONTRATO DO SEGURO.
- 14.2. NÃO HAVERÁ CANCELAMENTO DA COBERTURA ENQUANTO NÃO OCORRER A FALTA DE PAGAMENTO DE DUAS PARCELAS, CONSECUTIVAS OU NÃO. DESTA FORMA, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS DURANTE O PERÍODO DE INADIMPLÊNCIA, COM A CONSEQÜENTE COBRANÇA DO PRÊMIO DEVIDO.
- 14.3. O PERÍODO DE TOLERÂNCIA INICIARÁ A PARTIR DA DATA DE INADIMPLÊNCIA DO PRÊMIO E PREVALECERÁ ATÉ A DATA DE VENCIMENTO DA 2ª (SEGUNDA) PARCELA INADIMPLENTE.
- 14.4. PARA OS CASOS DE OPÇÃO POR PAGAMENTO DE PRÊMIO FRACIONADO:
- 14.4.1. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERÍOR À PRIMEIRA, O PRAZO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA SERÁ AJUSTADO EM FUNÇÃO DO PRÊMIO EFETIVAMENTE PAGO, TOMANDO-SE POR BASE O CÁLCULO PRÓ-RATA DIA.
- 14.4.2. RESTABELECIDO O PAGAMENTO DO PRÊMIO FICARÁ RESTAURADO O PRAZO ORIGINAL DE VIGÊNCIA DA COBERTURA.
- 14.4.3. CASO NÃO HAJA PAGAMENTO DO PRÊMIO DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA DESCRITO NO ITEM 14.3, O SEGURO ESTARÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO, RESPEITANDO-SE A VIGÊNCIA AJUSTADA, CONFORME DESCRITO NO ITEM 14.4.11.
- 14.5. NÃO CABERÁ RESTITUIÇÃO DE QUALQUER PARCELA DE PRÊMIO FRACIONADO CUJA VIGÊNCIA DO ÚLTIMO PRÊMIO PAGO JÁ TENHA TERMINADO
- 14.6. A Seguradora enviará correspondência ao segurado, em até 10 (dez) dias após a falta de pagamento da 1ª (primeira) parcela, advertindo quanto à necessidade de quitação do prêmio de seguro em atraso. Esta correspondência funciona como **NOTIFICAÇÃO** para o cumprimento da contraprestação do contrato (pagamento do prêmio), **SOB PENA DA APLICAÇÃO DO DISPOSTO NO ITEM 14.7 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS.**

- 14.7. O NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO ATÉ O VENCIMENTO DA 2ª (SEGUNDA) PARCELA RESULTARÁ NO CANCELAMENTO DO SEGURO, E NÃO PODERÁ MAIS SER RESTABELECIDO. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO ATENDENDO TODOS OS PRÉ-REQUISITOS PARA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE, CONFORME O DISPOSTO NA CLÁUSULA 7 - ACEITAÇÃO DO SEGURO DESTAS CONDIÇÕES GERAIS. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, NÃO SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.**
- 14.8. OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS DE UMA SÓ VEZ E ACRESCIDOS DA VARIAÇÃO POSITIVA DO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DO VENCIMENTO DO PRÊMIO EM ATRASO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SEU EFETIVO PAGAMENTO CALCULADA NA BASE PRÓ-RATA DIA.**
- 14.8.1.** No caso de extinção do índice pactuado no item 14.8, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.
- 14.9. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 14.8, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORIS”, DO 1º DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**

CLÁUSULA 15 - PERDA DE DIREITOS

- 15.1. A SOCIEDADE SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ OS PRÊMIOS DO SEGURO CASO HAJA POR PARTE DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS:**
- A) FIZER DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO, FICARÁ PREJUDICADO O DIREITO À INDENIZAÇÃO, ALÉM DE ESTAR, O SEGURADO OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO.**
 - B) AGRAVO INTENCIONAL DO RISCO;**
 - C) FALTA DE CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DESTE SEGURO;**
 - D) FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULANDO ACIDENTE OU AGRAVANDO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.**
- 15.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR DE SEGUROS OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS, A SOCIEDADE SEGURADORA PODERÁ:**
- I. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:**

-
- A) CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU
- B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.
- II. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:
- A) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO; OU
- B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS.
- III. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, MEDIANTE COBRANÇA DA DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.
- 15.3. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SOCIEDADE 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 ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.
- 15.3.1. RECEBIDA A COMUNICAÇÃO FORMALIZADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, A SOCIEDADE SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO.
- 15.3.2. ENTENDE-SE COMO ALTERAÇÃO DE RISCO OCORRÊNCIAS COMO: MUDANÇA DE ATIVIDADE OU DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE.
- 15.3.3. O CANCELAMENTO DO SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

CLÁUSULA 16 - CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 16.1. A apólice será cancelada:
- a) No final do prazo de vigência;
- b) Na data do aviso de falecimento do segurado;
- c) Por falta de pagamento de 2 (duas) parcelas fracionadas; e

d) Devido a cancelamento a pedido do segurado protocolado na seguradora ou cancelamento a pedido da seguradora, desde que por escrito:

- a seguradora reterá do prêmio, além dos emolumentos, a parte do tempo decorrido, calculado na base "pró-rata dia";

CLÁUSULA 17 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

17.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o segurado ou seu beneficiário deverá comunicar imediatamente o sinistro à sociedade seguradora, por meio da central de atendimento da Seguradora.

17.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo(s) beneficiário(s) os documentos elencados a seguir:

17.2.1. Documentação para **qualquer evento**:

- a) Formulário "aviso de sinistro" assinado;
- b) Cópia do RG e CPF do segurado;
- c) Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação do número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante).

17.2.2. Documentação complementar para o evento **Morte, além dos documentos descritos no item 17.2.1**, deverão ser apresentados também os seguintes documentos:

- a) Certidão de óbito da pessoa que sofreu o sinistro.
- b) Quando a **Morte tiver ocorrido por acidente, além do documento descrito na letra "a)" deste item, também** deverão ser apresentados:
 - i. Cópia do Laudo de Necropsia;
 - ii. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), **se cabível**;
 - iii. Cópia do Brevê de Piloto, **em caso de acidente aeronáutico e se o segurado for o piloto**;
 - iv. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), **se acidente automobilístico e o segurado for o condutor**;
 - v. Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
 - vi. Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado);

17.2.3. O(s) **beneficiário(s) indicado(s)** pelo segurado, **além dos documentos descritos nos itens 17.2.1 e 17.2.2**, deverão apresentar também os seguintes documentos:

- a) Cópias de RG(s) e CPF(s);

i. Na falta do RG, para beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento. **Independente da idade do(s) beneficiário(s), a(s) cópia(s) das certidão(ões) de nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do(s) CPF(s) dele(s).**

b) Se o cônjuge for o beneficiário do seguro é necessário o envio da Certidão de Casamento, extraída no cartório após o óbito, **necessária somente** caso o estado civil do segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo. Em caso de companheiro(a) é necessária Declaração que comprove união estável ou condição equiparada, firmada em cartório, ou emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o companheiro(a) seja dependente do segurado.

c) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato.

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)

17.2.4. Na falta de beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado, o(s) beneficiário(s) legal(is), além dos documentos descritos nos 17.2.1 e 17.2.2 , deverão apresentar enviar à Seguradora 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;

17.3. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO OU DO(S) BENEFICIÁRIO(S), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SOCIEDADE SEGURADORA.

17.4. O Segurado, ao fazer a contratação do seguro, autoriza a perícia médica da Sociedade 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.

17.5. A sociedade seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas no item 17.2.

17.6. A sociedade seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos ou exames complementares além dos mencionados no item 17.2, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 17.5, voltando a correr, a partir do primeiro do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.

- 17.7. 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, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL.
- 17.8. A NÃO ENTREGA DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, EM ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS, SEM QUALQUER JUSTIFICATIVA, ENSEJERÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO ADMINISTRATIVAMENTE. O PROCESSO PODERÁ SER REABERTO A QUALQUER TEMPO, MEDIANTE SOLICITAÇÃO DO BENEFICIÁRIO COM A APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS, OBSERVADOS O PRAZO PRESCRICIONAL PREVISTO EM LEI.
- 17.9. PARA OS CASOS DE PAGAMENTO DE PRÊMIO ANUAL Á VISTA, O CÁLCULO DE ATUALIZAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES DE MORTE E INVALIDEZ SERÁ EFETUADO CONSIDERANDO-SE A ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA APLICADA SOBRE O CAPITAL SEGURADO, CONFORME PREVISTO NA CLÁUSULA 13 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, ATÉ O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.
- 17.10. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTA CLÁUSULA 17 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.
- 17.10.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 17.10.10, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.
- 17.11. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 17.10, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA, DE 0,25% (ZERO VÍRGULA VINTE E CINCO POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORE”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.
- 17.12. 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.
- 17.13. A indenização de qualquer uma das coberturas contratadas será paga sob a forma de parcela única, em moeda corrente e em território nacional.

CLÁUSULA 18 - PROPAGANDA E PUBLICIDADE

- 18.1. A propaganda e promoção do seguro, por parte do corretor, somente poderá ser feita com autorização expressa da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da apólice e as normas de seguro. Fica a sociedade seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizadas.

- 18.2.** 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.

CLÁUSULA 19 - PRESCRIÇÃO

- 19.1.** Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

CLÁUSULA 20 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- 20.1.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 20.2.** 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.
- 20.3.** Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.
- 20.4.** As condições contratuais deste produto protocoladas pela Seguradora na SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da proposta de contratação.

CLÁUSULA 21 - FORO

- 21.1.** Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato.
- 21.2.** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA

CLÁUSULA 1 - COBERTURA DO SEGURO

1.1. Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): Garante, mediante o pagamento de prêmio adicional, uma indenização, referente à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, **causada por acidente coberto, calculada conforme a TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**, constante no item 1.2, desta cláusula e desde que não se trate de risco expressamente excluído, limitado ao valor correspondente a 100% do Capital Segurado relativo a Cobertura de Morte:

1.1.1. Para fim deste seguro, considera-se Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade e determine a perda total ou parcial do uso de um membro ou órgão.

1.1.2. No caso de Invalidez Permanente decorrente de Acidente Pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de Invalidez Permanente **AVALIADA QUANDO DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA**, a seguradora pagará ao próprio segurado, de uma só vez, uma indenização, de acordo com a **TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**, descrita no item 1.2 desta cláusula adicional.

a) 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 a sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata da percentagem de redução E, SENDO INFORMADO APENAS O GRAU DE REDUÇÃO (MÁXIMO, MÉDIO OU MÍNIMO), A INDENIZAÇÃO SERÁ CALCULADA, RESPECTIVAMENTE, NA BASE DAS PERCENTAGENS DE 75% (SETENTA E CINCO POR CENTO), 50 % (CINQUENTA E CINCO POR CENTO) E 25% (VINTE E CINCO POR CENTO);

b) Em todos os casos de Invalidez Permanente Parcial não especificados na citada tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão;

c) QUANDO DE UM 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. Da mesma forma, HAVENDO DUAS OU MAIS LESÕES EM UM MESMO MEMBRO OU ÓRGÃO, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total;

d) A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão **JÁ DEFEITUOSO ANTES DO ACIDENTE** será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva, o grau de invalidez preexistente;

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

1.1.3. As Indenizações pelas Coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPA, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a sociedade seguradora pagará a indenização relativa à Morte Acidental, deduzido o valor já pago pela IPA.

1.2. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

Caracterizada a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, conforme previsto nestas condições gerais, a indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir:

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
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 quando o segurado já não tiver o outro visível	70
	Mudez incurável	50
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna	25
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda Total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda Total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o	25	

	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o	18
	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 da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	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
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Ecurtamento de um dos membros inferiores de 05 (cinco) centímetros ou mais	15
	Ecurtamento de um dos membros inferiores de 04 (quatro) centímetros	10
	Ecurtamento de um dos membros inferiores de 03 (três) centímetros	06
	Ecurtamento de um dos membros inferiores de menos de 03 (três) centímetros	sem indenização
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
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		
DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau máximo	15
	Em grau médio	10
	Em grau mínimo	05
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Perda total do olfato	7
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
Bilateral com fístulas	25	

	Unilateral com fístulas	15	
	Bilateral	14	
	Unilateral	7	
DIVERSAS	Lesões da pálpebra		
	Entrópio bilateral	14	
	Ptose palpebral bilateral	10	
	Entrópio bilateral	7	
	Ectrópio bilateral	6	
	Má oclusão palpebral bilateral	6	
	Ptose palpebral unilateral	5	
	Ectrópio unilateral	3	
	Má oclusão palpebral unilateral	3	
	APARELHO DA FONAÇÃO		
	Perda da palavra (mudez incurável)	50	
	Perda de substância (palato mole e duro)	15	
DIVERSAS	SISTEMA AUDITIVO		
	Amputação total das duas orelhas	16	
	Amputação total de uma orelha	8	
	PÉRDA DO BAÇO	15	
	APARELHO URINÁRIO		
	Incontinência urinária permanente	30	
	Cistostomia (definitiva)	30	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15	
	Perda de rim único	75	
	Perda de um rim, com rim remanescente		
	Redução da função renal (dialítica)	75	
	Redução da função renal (não dialítica)	50	
	Com função preservada	30	
	APARELHO REPRODUTOR E GENITAL		
	Amputação traumática do pênis	40	
	Perda do útero antes da menopausa	30	
	Perda de dois testículos	15	
	Perda de dois ovários	15	
	Perda do útero depois da menopausa	10	
	Perda de um testículo	05	
	Perda de um ovário	05	
	PESCOÇO		
	Traqueostomia definitiva	40	
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15	
	TÓRAX		
	APARELHO RESPIRATÓRIO		
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10		
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)			
Com insuficiência respiratória	75		
Com redução em grau médio da função respiratória	50		
Com redução em grau mínimo da função respiratória	25		

	Com função respiratória preservada	15
DIVERSAS	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia bilateral	20
	Mastectomia unilateral	10
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia total	40
	Gastrectomia subtotal	20
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia	40
	Ressecção parcial	20
	INTESTINO GROSSO	
	Colostomia definitiva	40
	Colectomia total	40
Colectomia parcial	20	
DIVERSAS	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	HÉRNIAS	
	Hérnia de Disco Cervical	20
	Hérnia de Disco Lombar e Torácica	25
	Hérnia de Diafragma (sem comprometimento respiratório)	20
	Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	40
	Hérnia Inguinal ou Inguino Escrotal	10
	Hérnia Incisional	20
	Hérnia de Hiato	10
Hérnia Umbilical	10	
Hérnia Epigástrica	10	

1.3. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

CLÁUSULA 2 - CAPITAL SEGURADO

- 2.1. Considera-se como data de evento para a cobertura prevista nesta cláusula adicional, para efeito de determinação de responsabilidade da seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.
- 2.2. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura adicional de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE é automática após cada acidente.

CLÁUSULA 3 - BENEFICIÁRIOS

3.1. Considera-se como beneficiário desta cláusula adicional o próprio segurado.

CLÁUSULA 4 - PAGAMENTO DE PRÊMIO

4.1. **O SEGURADO DEVERÁ CONTINUAR PAGANDO O VALOR INTEGRAL DO PRÊMIO DE SEGURO, INDEPENDENTE DE QUALQUER INDENIZAÇÃO QUE TENHA SIDO EFETUADA REFERENTE À COBERTURA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL.**

CLÁUSULA 5 - TÉRMINO DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL

5.1. **A cobertura termina nas seguintes situações:**

- a) **Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice para o cancelamento da apólice;**
- b) **Quando for cancelada a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).**

CLÁUSULA 6 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Ocorrendo a invalidez permanente total ou parcial por acidente, coberta pelo seguro, o segurado ou seu representante legal, deverá comunicar imediatamente o sinistro por meio da central de atendimento da Seguradora.

6.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados, além dos documentos previstos no item 17.2.1 das Condições Gerais, os documentos elencados abaixo:

- Cópia da carta de concessão de aposentadoria, no caso de IPA Total (se houver)
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor
- Cópia do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso;
- Cópias dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado)
- Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroencefalografia)
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível.
- Relatório médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida em cartório.

- 6.3. **A SOCIEDADE SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE SUBMETER O SEGURADO A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAR O GRAU OU PERMANÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE E SUA RESPECTIVA PERCENTAGEM.**
- 6.4. **A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA ATRAVÉS DE DECLARAÇÃO MÉDICA.**
- 6.5. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.
- 6.6. A junta médica de que trata o item anterior, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.
- 6.7. **O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM, E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA MÉDICA, A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR INTEGRALMENTE COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.**
- 6.8. **A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DE UMAS DAS COBERTURAS CONTRATADAS.**
- 6.9. **O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CONTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA A CURA COMPLETA.**

CLÁUSULA 7 - DISPOSIÇÕES GERAIS

- 7.1. Aplica-se à cobertura prevista nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais da apólice que não contrariem os dispositivos expressos nesta cláusula adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

CLÁUSULA 1 - COBERTURA DO SEGURO

1.1. Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): Garante, mediante o pagamento de prêmio adicional, uma indenização, referente à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total de um membro ou órgão em virtude de lesão física, exclusivamente para os casos especificados na tabela constante no item 1.2, causada por acidente coberto, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

1.1.1. Para fim deste seguro, considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade e determine a perda total do uso de um membro ou órgão.

1.1.2. No caso de Invalidez Permanente decorrente de Acidente Pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de Invalidez Permanente Total AVALIADA QUANDO DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA, a sociedade seguradora pagará ao próprio segurado, de uma só vez, uma indenização de 100% (cem por cento) do capital segurado relativo a esta cobertura, para os casos previstos na TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE, descrita no item 1.2 desta cláusula adicional.

- a) Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, da tabela constante no subitem 1.2, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura adicional.
- b) Para efeito de pagamento, a perda funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.
- c) A PERDA DE DENTES E OS DANOS ESTÉTICOS NÃO DÃO DIREITO À INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.

1.1.3. As Indenizações pelas Coberturas de Morte Acidental e 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 sociedade seguradora pagará a indenização relativa a Morte Acidental, deduzido o valor já pago pela IPTA.

1.2. 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 nestas condições gerais, 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 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	100
--	---	-----

1.3. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

1.4. Esta cobertura não poderá ser contratada quando contratada a cobertura de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.

CLÁUSULA 2 - CAPITAL SEGURADO

- 2.1. Considera-se como data de evento para a cobertura prevista nesta cláusula adicional, para efeito de determinação de responsabilidade da sociedade seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.
- 2.2. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura adicional de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE é automática após cada acidente.

CLÁUSULA 3 - BENEFICIÁRIOS

- 3.1. Considera-se como beneficiário desta cláusula adicional o próprio segurado.

CLÁUSULA 4 - PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 4.1. **O SEGURADO DEVERÁ CONTINUAR PAGANDO O VALOR INTEGRAL DO PRÊMIO DE SEGURO, INDEPENDENTE DE QUALQUER INDENIZAÇÃO QUE TENHA SIDO EFETUADA REFERENTE À COBERTURA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL.**

CLÁUSULA 5 - TÉRMINO DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL

5.1. A cobertura termina nas seguintes situações:

- a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice para cancelamento da apólice;
- b) Quando for cancelada a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).

CLÁUSULA 6 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 6.1. Ocorrendo a invalidez permanente total por acidente, coberta pelo seguro, o segurado ou seu representante legal, deverá comunicar imediatamente o sinistro por meio da central de atendimento da Seguradora.
- 6.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo segurado, além dos documentos previstos no item 17.2.1 das Condições Gerais, os documentos elencados abaixo:
 - Cópia da carta de concessão de aposentadoria (se houver)

- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor
- Cópia do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso.
- Cópias dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado)
- Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroencefalografia)
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível
- Relatório médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida em cartório

6.3. A SOCIEDADE SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE SUBMETER O SEGURADO A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAR O GRAU OU PERMANÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE E SUA RESPECTIVA PERCENTAGEM.

6.4. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA ATRAVÉS DE DECLARAÇÃO MÉDICA.

6.5. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.

6.6. A junta médica de que trata o item anterior, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.

6.7. O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM, E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA MÉDICA, A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR INTEGRALMENTE COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.

6.8. A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DE UMAS DAS COBERTURAS CONTRATADAS.

6.9. O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CONTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA A CURA COMPLETA.

CLÁUSULA 7 - DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Aplica-se à cobertura prevista nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais da apólice que não contrariem os dispositivos expressos nesta cláusula adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES – DMH

CLÁUSULA 1 - DEFINIÇÕES

- 1.1. **Hospital:** os estabelecimentos legalmente habilitados, constituídos e licenciados no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico ou cirúrgico de seus pacientes.
- 1.2. **Internação Hospitalar:** caracteriza-se Internação Hospitalar do Segurado, a internação hospitalar com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

CLÁUSULA 2 - COBERTURA DO SEGURO

- 2.1. **Cobertura de Despesas Médico-Hospitalares (DMH):** Garante, mediante pagamento de prêmio específico, o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas e hospitalares efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.
- 2.1.1. Não estão abrangidas nesta cobertura, as despesas decorrentes de:
- I. Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
 - II. Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.
- 2.1.2. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares, desde que legalmente habilitados.
- 2.1.3. As despesas médico-hospitalares deverão ser devidamente comprovadas.
- 2.2. **Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.**

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Considera-se como data de evento para a cobertura prevista nesta cláusula adicional, para efeito de determinação de responsabilidade da sociedade seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.
- 3.2. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura adicional de DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES é automática após cada acidente.

CLÁUSULA 4 - BENEFICIÁRIOS

- 4.1. Considera-se como beneficiário desta cláusula adicional o próprio segurado.

CLÁUSULA 5 - PAGAMENTO DE PRÊMIO

5.1. O SEGURADO DEVERÁ CONTINUAR PAGANDO O VALOR INTEGRAL DO PRÊMIO DE SEGURO, INDEPENDENTE DE QUALQUER INDENIZAÇÃO QUE TENHA SIDO EFETUADA REFERENTE À COBERTURA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL.

CLÁUSULA 6 - EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS

6.1. Possuindo o segurado na época do evento outro(s) Seguro(s) que lhe garanta(m) o reembolso de Despesas Médico-Hospitalares, a responsabilidade desta Sociedade Seguradora por este seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados, proporcionalmente aos limites segurados em todas as Apólices em vigor, nesta ou em outras Sociedades Seguradoras, na data da ocorrência do sinistro.

CLÁUSULA 7 - TÉRMINO DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL

7.1. A cobertura termina nas seguintes situações:

- a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice para cancelamento da apólice;**
- b) Quando for cancelada a cobertura adicional de Despesas Médico-Hospitalares (DMH).**

CLÁUSULA 8 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Ocorrendo o acidente pessoal, coberto pelo seguro, o segurado ou seu representante legal, deverá comunicar imediatamente o sinistro por meio da central de atendimento da Seguradora.

8.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo segurado, além dos documentos previstos no item 17.2.1 das Condições Gerais, os documentos elencados abaixo:

- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor
- Cópia do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso
- Cópias dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado)
- Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia)
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível
- Relatório médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida em cartório
- Notas Fiscais originais (com comprovante de recebimento) / Faturas Médico-Hospitalares, comprovando os gastos reclamados
- Recibos de médicos credenciados e/ou contas hospitalares (com comprovante de recebimento), sempre originais

- Relatório Médico / Boletim de Atendimento (BAM), informando as circunstâncias e conseqüências do acidente.

- 8.3.** As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado (respeitando-se o limite de cobertura estabelecido), atualizadas monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro, de acordo com índice definido nas Condições Gerais.
- 8.4.** Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.

CLÁUSULA 9 - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

- 9.1.** A indenização por Despesas Médico-Hospitalares é cumulativa com qualquer outra cobertura do presente Seguro, isto é, se em consequência de acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da cobertura de DMH, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez, a indenização paga por DMH.

CLÁUSULA 10 - DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** Aplica-se à cobertura prevista nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais e no contrato de seguro da apólice que não contrariem os dispositivos expressos nesta cláusula adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – DIT

CLÁUSULA 1 - DEFINIÇÕES

- 1.1. **Autônomo regulamentado:** são os profissionais liberais ou não liberais que contribuem para a Previdência Social e/ou pagam Imposto de Renda na categoria de autônomos.
- 1.2. **Franquia: o 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.**

CLÁUSULA 2 - COBERTURA DO SEGURO

- 2.1. **Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT):** Garante, mediante o pagamento de prêmio adicional, o pagamento de diárias contratadas, em caso de Incapacidade Física Total e Temporária do segurado, decorrente de acidente pessoal coberto, sendo devida a partir do primeiro dia após o período de franquia e observado o limite contratual máximo fixado por evento nestas condições especiais e desde que não se trate de risco expressamente excluído.
 - 2.1.1. Para efeito deste seguro, considera-se Incapacidade Física Total e Temporária aquela, motivada por acidente pessoal coberto, sendo caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observado o limite máximo de 360 (trezentos e sessenta) diárias, não podendo pelo mesmo acidente superar o número de diárias contratadas e que possua comprovação de renda ou atividade.
 - 2.1.2. **O PERÍODO QUE O SEGURADO SE ENCONTRAR EM TRATAMENTO FISIOTERÁPICO NÃO SERÁ CONTADO COMO AFASTAMENTO PROFISSIONAL.**

- 2.2. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

CLÁUSULA 3 - RISCOS COBERTOS

- 3.1. Além dos riscos conceituados na definição de Acidente Pessoal constante no item 2.1 das Condições Gerais, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:
 - a) Ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
 - b) Atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
 - c) Choque elétrico e raio;
 - d) Contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
 - e) Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
 - f) Queda n'água ou afogamento.

CLÁUSULA 4 - RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA CLÁUSULA ADICIONAL:**

- a) AFASTAMENTO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL INFERIOR A 15 (QUINZE) DIAS;
- b) LESÕES FÍSICAS ORIGINADAS EM CONSEQÜÊNCIA DE CALAMIDADE PÚBLICA, CONFLITOS, TUMULTOS, REVOLUÇÕES, EVENTOS SÍSMICOS, CATÁSTROFES, ENVENENAMENTOS COLETIVOS;
- c) INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL E TRATAMENTOS OU PROCEDIMENTOS PARA A CURA DE INFERTILIDADE MASCULINA OU FEMININA E PARA CONTROLES DE NATALIDADE;
- d) CIRURGIAS PLÁSTICAS EM GERAL, SALVO AS QUE SEJAM SIMULTANEAMENTE RESTAURADORAS E RESULTANTES DE ACIDENTE OCORRIDO NA VIGÊNCIA DO SEGURO;
- e) TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS COM A FINALIDADE ESTÉTICA, OU RELACIONADOS A MÉTODOS DE ANTICONCEPÇÃO, OU PARA ALTERAÇÕES FÍSICAS E ORGÂNICAS, SALVO QUANDO NECESSÁRIAS À RESTAURAÇÃO DAS FUNÇÕES ALTERADAS EM RAZÃO DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO OCORRIDO NA VIGÊNCIA;
- f) TRATAMENTOS PARA SENILIDADE, REJUVENESCIMENTO, REPOUSO, CONVALESCENÇA, EMAGRECIMENTO ESTÉTICO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS;
- g) TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS E ORTODÔNTICOS, SALVO QUANDO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO, OCORRIDOS DENTRO DO PERÍODO DE VIGÊNCIA;
- h) EXAMES FÍSICOS DE ROTINA (CHECK-UP) OU DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA;
- i) EVENTOS PROVOCADOS INTENCIONALMENTE PELO SEGURADO;
- j) INTERVENÇÕES MÉDICAS OU TRATAMENTOS COM DROGAS OU MATERIAIS EXPERIMENTAIS, QUALQUER QUE SEJA A FASE DE DESENVOLVIMENTO DESTES.
- k) AFASTAMENTO DO TRABALHO POR NECESSIDADE DE CUMPRIMENTO DE SERVIÇO MILITAR OBRIGATÓRIO E AFASTAMENTO MÉDICO;
- l) ESTÁGIOS E CONTRATOS DE TRABALHO TEMPORÁRIO EM GERAL;
- m) DIÁLISE OU HEMODIÁLISE EM PACIENTES CRÔNICOS E CIRROSE HEPÁTICA;
- n) TRATAMENTO PARA MUDANÇA DE SEXO;
- o) CERATOTOMIA (CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE MIOPIA);
- p) OS PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA E OS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA;
- q) A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS), BEM COMO TODA E QUALQUER COMPLICAÇÃO OU CONSEQÜÊNCIA, INCLUSIVE INFECÇÕES OPORTUNISTAS DELA DECORRENTES;
- r) OS DISTÚRBIOS OU DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS E MENTAIS BEM COMO QUAISQUER EVENTOS DELES DECORRENTES, INCLUSIVE PSICANÁLISE, SONOTERAPIA, PSICOTERAPIA NAS SUAS DIVERSAS MODALIDADES, TERAPIA OCUPACIONAL, PSICOLOGIA, AVALIAÇÃO E/OU TERAPIA
- s) AS ANOMALIAS CONGÊNITAS COM MANIFESTAÇÃO EM QUALQUER ÉPOCA;
- t) LUXAÇÕES RECIDIVANTES DE QUALQUER ARTICULAÇÃO;
- u) AS INSTABILIDADES CRÔNICAS (AGUDIZADAS OU NÃO) DE QUALQUER ARTICULAÇÃO;
- v) AS DOENÇAS DE CARACTERÍSTICAS, RECONHECIDAMENTE, PROGRESSIVAS TAIS COMO: FIBROMIALGIA, ARTRITEREUMATÓIDE E OSTEOARTROSE;

- w) **AS LOMBALGIAS LOMBOCIATALGIAS, CIÁTICAS, SÍNDROME PÓS-LAMINECTOMIA E PROTUSÕES DISCAIS DEGENERATIVAS;**
- x) **LASERTERAPIA, ESCLEROTERAPIA E MICROCIRURGIA DE VARIZES EM MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES (OU EM QUALQUER OUTRA REGIÃO DA SUPERFÍCIE CORPORAL) POR QUALQUER TÉCNICA, BEM COMO FULGURAÇÃO DE TELEANGECTASIAS;**

CLÁUSULA 5 - CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital máximo segurado a ser pago será aquele vigente na data do acidente.
- 5.2. A seguradora respeitará o valor da diária contratada constante na proposta de contratação e na apólice do seguro.
- 5.3. Considera-se como data de evento para a cobertura prevista nesta cláusula adicional, para efeito de determinação de responsabilidade da sociedade seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.
- 5.4. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura adicional de DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE é automática após cada acidente.

CLÁUSULA 6 - BENEFICIÁRIOS

- 6.1. Considera-se como beneficiário desta cláusula adicional o próprio segurado.

CLÁUSULA 7 - FRANQUIA

- 7.1. O período de franquia será de 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

CLÁUSULA 8 - PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 8.1. **O SEGURADO DEVERÁ CONTINUAR PAGANDO O VALOR INTEGRAL DO PRÊMIO DE SEGURO, INDEPENDENTE DE QUALQUER INDENIZAÇÃO QUE TENHA SIDO EFETUADA REFERENTE À COBERTURA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL.**

CLÁUSULA 9 - TÉRMINO DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL

- 9.1. A cobertura termina nas seguintes situações:

- a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice para cancelamento da apólice;
- b) Quando for cancelada a cobertura adicional de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT).

CLÁUSULA 10 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 10.1. Ocorrendo o acidente pessoal, coberto pelo seguro, o segurado ou seu representante legal, deverá comunicar imediatamente o sinistro por meio da central de atendimento da Seguradora.
- 10.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo segurado, além dos documentos previstos no item 17.2.1 das Condições Gerais, os documentos elencados abaixo:

- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor
 - Cópia do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso
 - Cópias dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado)
 - Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroencefalografia)
 - Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível
 - Cópia do laudo de Exame de Corpo Delito (IML), quando realizado
 - Quando o segurado for autônomo regulamentado: Documento comprobatório da condição de autônomo regulamentado, podendo ser: * Declaração de Imposto de Renda (Documento Pessoal); * Registro de Autônomo (Emissor: INSS); * Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social - GFIP (Documento Pessoal)
 - Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida em cartório.
- 10.3.** O número de diárias a serem pagas será determinado pela seguradora em função da necessidade comprovada de afastamento do segurado de suas atividades profissionais, a contar do 1º (primeiro) dia após o cumprimento do período de franquia e limitado ao máximo de diárias por evento, conforme prazos estabelecidos nas condições contratuais, fundamentado no tempo médio de dias, observado pela prática médica para as mesmas lesões.
- 10.4.** Quando o afastamento profissional for superior a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente, tomando-se por base um relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo segurado a cada quinze dias, conforme retorno ao médico assistente.
- 10.5.** Poderá o médico assistente solicitar dilatação do período de afastamento, justificando-a, respeitado o limite de diárias por evento, estabelecido no Contrato de Seguro.
- 10.6.** As diárias serão devidas dentro do período de vigência.
- 10.7.** A incapacidade física total e temporária, concedidas por instituições oficiais ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de incapacidade permanente.
- 10.8.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.
- 10.9.** A junta médica de que trata o item anterior, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.
- 10.10. O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM, E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA MÉDICA, A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR INTEGRALMENTE COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.**

10.11. A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DE UMAS DAS COBERTURAS CONTRATADAS.

10.12. O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CUSTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA UMA CURA COMPLETA.

CLÁUSULA 11 - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

11.1. No caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

CLÁUSULA 12 - DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Aplica-se à cobertura prevista nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais e no contrato de seguro da apólice que não contrariem os dispositivos expressos nesta cláusula adicional.