

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Novembro/2025

Sumário

CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES.....	4
CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO	4
CLÁUSULA 3ª - DEFINIÇÕES	4
CLÁUSULA 4ª - RISCOS COBERTOS.....	7
CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS	8
CLÁUSULA 6ª - ACEITAÇÃO DO SEGURO	9
CLÁUSULA 7ª - ACEITAÇÃO E CONTRATAÇÃO POR MEIOS REMOTOS	10
CLÁUSULA 8ª - EMISSÃO DA APÓLICE	11
CLÁUSULA 9ª - RENOVAÇÃO DA APÓLICE	11
CLÁUSULA 10ª - CAPITAL SEGURADO	11
CLÁUSULA 11ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	12
CLÁUSULA 12ª - CARÊNCIAS E FRANQUIAS.....	12
CLÁUSULA 13ª - PAGAMENTO DO PRÊMIO	13
CLÁUSULA 14ª - ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS	15
CLÁUSULA 15ª - BENEFICIÁRIOS.....	16
CLÁUSULA 16ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	16
CLÁUSULA 17ª - VIGÊNCIA DO SEGURO	20
CLÁUSULA 18ª - SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO.....	21
CLÁUSULA 19ª - CANCELAMENTO DO SEGURO	21
CLÁUSULA 20ª - PERDA DE DIREITO	22
CLÁUSULA 21ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	23
CLÁUSULA 22ª - ALTERAÇÃO CONTRATUAL	24
CLÁUSULA 23ª – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	24
CLÁUSULA 24ª – MULTA E MORA	24
CLÁUSULA 25ª – REGIME FINANCEIRO.....	25
CLÁUSULA 26ª – SUB-ROGAÇÃO	25

CLÁUSULA 27ª – DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO.....	25
CLÁUSULA 28ª – MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	26
CLÁUSULA 29ª – FORO	26
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA MORTE ACIDENTAL (MA)	27
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE CRIME (MADC).....	29
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	31
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE CRIME (IPADC).....	36
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	41
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE CRIME (IPTADC)	44
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE - (DMHO-A)	47
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE (DIT-A)	50
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE (DIH-A).....	53
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DE AUXÍLIO FUNERAL – AXF-M	56
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR MORTE ACIDENTAL – AXCB-MA	58
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL POR MORTE ACIDENTAL – AXE-MA	59
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA POR MORTE ACIDENTAL – RT-MA.....	61
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA - RT-IPTA)	63
CONDIÇÕES ESPECIAIS DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE – IC	66
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INCLUSÃO DE FILHOS - IF	67

CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco;
- 1.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 1.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 1.4. Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla, em qualquer hipótese, o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.
- 1.5. Somente mediante entrega de proposta, preenchida e assinada pelo Segurado, por seu representante legal, ou corretor de seguros habilitado, o presente seguro poderá ser contratado, alterado, prorrogado ou renovado;
- 1.6. Mediante a contratação deste seguro, somente serão consideradas como coberturas contratadas aquelas expressamente ratificadas na apólice, tornando-se nulas e sem efeitos quaisquer outras a seguir descritas.
- 1.7. Para as situações não previstas nestas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil;
- 1.8. Mediante a contratação deste seguro, o Segurado e/ou Estipulante aceitam as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições.

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO

- 2.1. O objetivo deste seguro é garantir o pagamento da indenização ao próprio Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos pelo seguro, desde que previsto nas condições e cláusulas deste seguro e de acordo com as coberturas contratadas pelo Estipulante.

CLÁUSULA 3ª - DEFINIÇÕES

- 2.2. Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nesta apólice, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.

ACIDENTE PESSOAL: É evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio ou sua tentativa, após dois anos de contratação do seguro, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

AMBIENTE HOSPITALAR: Considera-se ambiente hospitalar; hospitais, ambulatórios, consultórios e clínicas.

AGRAVAMENTO DO RISCO: Situações que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco coberto, conforme originalmente contratado, podendo impactar na aceitação, no prêmio ou nas condições do seguro.

APÓLICE: É documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

BENEFICIÁRIO: É pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

CAPITAL SEGUADO: É valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

CARREGAMENTO: É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: É o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais.

CONDIÇÕES GERAIS: É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante;

CONDIÇÕES ESPECIAIS: É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

CONTRATO: É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

CONSIGNANTE: É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

CRIME: É a ação de uma conduta proibida pelo tipo penal incriminador, como, por exemplo, matar e/ou ferir alguém independente do motivo.

ESTIPULANTE: É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

GRUPO SEGUADO: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

GRUPO SEGURÁVEL: É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

HOSPITAL: é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

NOTA TÉCNICA ATUARIAL: É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

PRÊMIO: É o valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

PRÊMIO COMERCIAL: É o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

PRÊMIO PURO: É o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

PROPONENTE: É o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

PROPOSTA DE ADESÃO: É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

RISCOS EXCLUÍDOS: São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

SEGURADO: É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

SEGURO CONTRIBUTÁRIO: É quando os segurados são responsáveis pelo custeio do Seguro, total ou parcialmente.

SEGURO NÃO CONTRIBUTÁRIO: É quando o custeio do Seguro é de responsabilidade integral pelo Estipulante

SINISTRO: É a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS COBERTOS

4.1. Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos àqueles expressamente convencionados nas cláusulas das coberturas devidamente ratificadas na Apólice, que dela fazem parte integrante e inseparável, e que, salvo expressa menção em contrário, ocorram em todo o globo terrestre.

4.2. COBERTURAS

4.2.1. As coberturas que poderão ser contratadas são as seguintes:

- a. Morte Acidental (MA);
- b. Morte Acidental Decorrente de Crime (MADC);
- c. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- d. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Decorrente de Crime (IPADC);
- e. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- f. Invalidez Permanente Total por Acidente Decorrente de Crime (IPTADC);
- g. Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas decorrentes de acidentes (DMHO);
- h. Diárias por Incapacidade Temporária Causadas por Acidente (DIT-A);
- i. Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIH-A);
- j. Auxílio Funeral – Morte Natural ou Acidental – (AXF-M);
- k. Auxílio Cesta-Básica – Morte Acidental – (AXCB-MA);
- l. Auxílio Emergencial – Morte Acidental – (AXE-MA);
- m. Rescisão Trabalhista – Morte Acidental – (RT-MA);
- n. Rescisão Trabalhista – Invalidez Permanente Total por Acidente – (RT-IPTA);

4.3. CLÁUSULAS SUPLEMENTARES:

- a. Inclusão de Cônjuge (IC);
- b. Inclusão de Filho (IF).

4.4. As coberturas poderão ser contratadas isoladamente, exceto as Cláusulas Suplementares que estarão vinculadas as coberturas do Segurado Principal.

4.4.1. Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou segurado dependente.

4.4.2. As coberturas contratadas estarão expressamente ratificadas na Apólice.

CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos das coberturas contratadas pelo presente Seguro, os sinistros ocorridos em consequência de:

- a. uso de material nuclear para explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e deles decorrentes;
- c. atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
- d. atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores do Estipulante, seus dirigentes e/ou administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;
- e. doenças e acidentes pessoais preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes pessoais sofridos pelo segurado antes da contratação do seguro;
- f. suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados: - Do início de vigência individual do seguro; ou - Da solicitação de aumento de capital segurado feita exclusivamente pelo segurado/estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado;
- g. epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;
- i. tratamentos e procedimentos relativos à obesidade mórbida inclusive gastroplastia redutora, doenças congênitas, esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente pessoal;
- j. choque anafilático e suas consequências, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente pessoal ou doença coberto;
- k. Hérnia e suas consequências exceto quando decorrente de acidente pessoal;
- l. de parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto
- m. perda de dentes e danos estéticos;
- n. procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia.
- o. ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.

5.2. Além dos Riscos Excluídos acima, deverão ser considerados os constantes na Cláusula

das Condições Especiais no item RISCOS EXCLUÍDOS da respectiva cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª - ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 6.1.** A celebração ou alteração deste Seguro somente poderá ser feita mediante proposta de contratação assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado. A adesão dos segurados à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado, da proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.
- 6.2.** Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante legal ou por corretor de seguros ratificada pelo correspondente aditivo.
- 6.2.1.** Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- 6.3.** A seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para manifestar-se sobre a aceitação da proposta, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.
- 6.4.** Caso o proponente do seguro seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no subitem 6.3. anterior.
- 6.4.1.** No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias previsto no subitem 6.3 anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 6.5.** Nos casos em que a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, os prazos previstos no subitem 6.3 anterior serão suspensos, até que o ressegurador se manifeste formalmente sobre a aceitação.
- 6.5.1.** Na hipótese prevista no subitem anterior, é vedada a cobrança de prêmio total ou parcial, até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta.
- 6.6.** A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal sobre a aceitação da proposta e, no caso de não aceitação, justificará a recusa. A ausência de manifestação da Seguradora nos prazos previstos acima caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 6.6.1.** Quando ocorrer a emissão da apólice e/ou certificado individual dentro do prazo previsto no sub item 6.3., o subitem 6.6. não será aplicável.
- 6.7.** Nos casos de recepção da proposta em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, será concedida uma cobertura provisória até a data da manifestação expressa da sua aceitação.

- 6.7.1.** Em caso de aceitação do risco o período de cobertura provisória será incorporado na vigência efetiva da apólice.
- 6.7.2.** Em caso recusa do risco a cobertura provisória será encerrada automaticamente às 24h (vinte quatro horas) a contar da comunicação da recusa e o valor do prêmio pago será restituído 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 provisória.
- 6.8.** É facultado à Seguradora solicitar, quando da assinatura da proposta ou da solicitação de aumento do valor do capital segurado, para efeito de subscrição, informação do proponente ou do segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.
- 6.9.** data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:
- 6.9.1.** a data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;
- 6.9.2.** a data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou
- 6.9.3.** a data de término do prazo previsto no subitem 5.3., quando caracterizada a aceitação tácita da proposta prevista em 5.6.
- 6.10.** A Seguradora providenciará, obrigatoriamente, a emissão e envio do certificado individual no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

CLÁUSULA 7ª - ACEITAÇÃO E CONTRATAÇÃO POR MEIOS REMOTOS

- 7.1.** A contratação do seguro também poderá ser realizada por meios remotos, quando disponibilizado pela Seguradora e na forma estabelecida pela legislação específica.
- 7.2.** O Certificado Individual será emitido com base nas declarações prestadas, na Proposta de Adesão e devidamente assinada. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela Seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.
- 7.3.** Se os dados do Certificado Individual estiverem diferentes dos informados na Proposta de Adesão, deverá ser solicitado à Seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão do mesmo, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto no Certificado Individual.
- 7.4.** As exigências para aceitação dos proponentes serão estabelecidas contratualmente.
- 7.5.** Nos seguros contratados através de Meios Remotos e/ou por Representante de Seguros, o Segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da data da emissão da Apólice.
- 7.5.1.** Caso o segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item, serão devolvidos, de imediato.
- 7.5.2.** O segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

- 7.5.3.** A Seguradora, ou seus Representantes de Seguro, e o Corretor de Seguros habilitado, conforme o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.
- 7.5.4.** A devolução será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela Seguradora e expressamente aceitos pelo Segurado.
- 7.6.** No ato da contratação serão obrigatórios o preenchimento e a assinatura, pelo proponente, na Proposta de Adesão ao seguro, que será encaminhada à Seguradora para análise de sua aceitação.

CLÁUSULA 8ª - EMISSÃO DA APÓLICE

- 8.1.** A emissão e o envio e/ou disponibilização ao segurado, por meio físico ou remoto, da apólice, da apólice de averbação, do endosso e do certificado individual serão efetuados em até 15 (quinze) dias partir da data de aceitação da proposta
- 8.2.** A Seguradora providenciará, obrigatoriamente, a emissão e envio do certificado individual no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes (quando aplicável).

CLÁUSULA 9ª - RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 9.1.** As apólices com vigência de 1 (um) ano ou superior, poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, sendo as renovações posteriores realizadas de forma expressa.
- 7.5.5.** A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo estipulante quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada na forma expressa. A renovação que implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.
- 7.5.6.** A renovação automática a que se refere o subitem 98.1 anterior não se aplica aos segurados, nos planos individuais, e estipulantes, nos planos coletivos, ou à Seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano.
- 9.2.** O desinteresse em renovação da apólice deverá ser comunicado ao Segurado e ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final da vigência da apólice. O mesmo prazo prevalece para o desinteresse por parte do Estipulante e Segurado.
- 9.3.** Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora e o Estipulante a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

CLÁUSULA 10ª - CAPITAL SEGURADO

- 10.1.** O Capital Segurado é o valor máximo, expressos em moeda corrente nacional, para a Cobertura contratada a ser pago pela seguradora em caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

- 10.2.** O Capital escolhido pelo Estipulante estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.
- 10.3.** O Segurado/Estipulante poderá solicitar aumento do Capital Segurado, mediante solicitação por escrito à seguradora, que analisará a aceitação ou não e responderá formalmente, as novas condições e alterações de prêmio, se aplicável.
- 10.4.** Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros:
- a. Para a cobertura de Morte Acidental (MA); Morte Decorrente de Crime (MADC), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA); Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Decorrente de Crime (IPADC); Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Permanente Total por Acidente decorrente de Crime (IPTADC) e Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas (DMHO); Auxílio Cesta-Básica – Morte Acidental – (AXCB-MA); Auxílio Emergencial – Morte Acidental (AXE-MA); Rescisão Trabalhista – Morte Acidental – (RT-MA); Rescisão Trabalhista Invalidez Permanente Total por Acidente – (RT-IPTA): a data do acidente.
 - b. Para a cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária Causadas por Acidente (DITA): a data do afastamento, mediante comprovação por laudo médico.
 - c. Para a cobertura de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIHA), A data da internação.
- 10.5.** Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

CLÁUSULA 11ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

- 11.1.** Estarão cobertos os sinistros ocorridos em todo o globo terrestre, salvo disposição em contrário, constante nos documentos do seguro, tais como, mas não se limitando a:

Proposta de Contratação, Proposta de Adesão, Aditivos entre outros.

CLÁUSULA 12ª - CARÊNCIAS E FRANQUIAS

- 12.1.** FRANQUIA: Em caso de período de franquia estipulado para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, esta será definida na Apólice/Certificado Individual e estará devidamente especificado nas Condições Especiais.
- 12.2.** CARÊNCIA: É o período contínuo, contado a partir da data de início de Vigência da Apólice/ Certificado Individual ou do aumento do Capital Segurado por solicitação do Segurado/Estipulante, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito ao recebimento da Indenização.
- 12.2.1.** Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.
 - 12.2.2.** Haverá carência de dois anos, para qualquer Cobertura, contados a partir da Vigência inicial do Contrato, ou da sua recondução, depois de suspenso, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado.

CLÁUSULA 13ª - PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 13.1.** O prêmio do seguro poderá ser pago à vista, parcelado ou pagamentos mensais, trimestrais, ou semestrais durante o período de vigência da Apólice.
- 13.2.** O não pagamento do prêmio à vista, no caso de parcela única, ou o não pagamento da primeira parcela, na data prevista no documento de cobrança, implicará o cancelamento automático do seguro independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial e a perda de direito de qualquer cobertura securitária prevista no contrato, independentemente do momento em que ocorra o sinistro.
- 13.3.** O não pagamento das demais parcelas de prêmio após a primeira na data do vencimento constitui a suspensão da cobertura, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.
- 13.3.1.** Não será considerando para fins de contagem de prazo, data de vencimento que sejam prorrogadas, sempre será considerada para contagem do prazo a data do primeiro vencimento gerado para parcela em atraso.
- 13.4.** O prêmio do seguro poderá ser parcelado, no caso de parcelamento de prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequente à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, utilizando o cálculo da base "pro rata temporis" ou utilizando a Tabela de Prazo Curto especificada a seguir:

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso	Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso
13%	5%	73%	53%
20%	9%	75%	57%
27%	13%	78%	62%
30%	17%	80%	66%
37%	21%	83%	70%
40%	25%	85%	74%
46%	29%	88%	79%
50%	33%	90%	83%
56%	37%	93%	87%
60%	41%	95%	91%
66%	45%	98%	95%
70%	49%	100%	100%

Nota: Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

- 13.5.** A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao segurado, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato em 90 (noventa) dias após a notificação, que será efetuado ainda que o segurado ou estipulante, conforme o caso alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de

cancelamento.

- 13.6.** Se houver relevante redução do risco, o valor do prêmio será proporcionalmente reduzido, ressalvado, na mesma proporção, o direito da seguradora ao ressarcimento das despesas realizadas com a contratação.
- 13.7.** Configurada a falta de pagamento (mora) da primeira parcela do prêmio ou da parcela única, o contrato será revogado de pleno direito, salvo convenção, uso ou costume em contrário.
- 13.7.1.** A mora relativa às demais parcelas suspenderá a garantia contratual, sem prejuízo do crédito da seguradora ao prêmio, após notificação do segurado concedendo-lhe prazo não inferior a 15 (quinze) dias, contado do recebimento, para a purgação da mora.
- 13.7.2.** Caso o Segurado recuse o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não seja encontrado no último endereço informado à Seguradora, o prazo acima terá início na data da frustração da notificação.
- 13.8.** Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela não quita nem dá direito ao segurado à cobertura do seguro, se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.
- 13.9.** O segurado e o estipulante obrigam-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que está possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição da correspondência de aviso de cancelamento.
- 13.10.** Sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a seguradora poderá delegar ao estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. O não repasse à seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante não poderá prejudicar o segurado.
- 13.11.** É expressamente vedado ao estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.
- 13.12.** Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o estipulante ou sub-estipulante não poderá interromper o recolhimento, salvo nos casos de cancelamento da apólice, de perda do vínculo empregatício ou por solicitação por escrito do segurado. Nesses casos, se o segurado optar por continuar com a cobertura do seguro, deverá assumir o custeio integral das respectivas coberturas.
- 13.13.** Servirão como comprovante de pagamento de prêmios: o recibo de pagamento, o comprovante do débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento. Para as demais formas de pagamento acordadas entre estipulante e seguradora, os comprovantes serão aqueles definidos no contrato.

13.14. As taxas e os prêmios de seguro serão reavaliados anualmente junto ao estipulante, por ocasião da renovação da apólice, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial deste seguro. Caso haja, na renovação, alteração da taxa do seguro que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado para que esta possa ser implementada, sem prejuízo da faculdade da seguradora de rescindir o seguro, mediante comunicação aos segurados e ao estipulante com antecedência mínima de 30 (trinta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

13.15. O não pagamento do prêmio até a data de vencimento correspondente, implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica e conforme estabelecido na cláusula MULTA E MORA da presente Condições Gerais.

CLÁUSULA 14ª - ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

14.1. É expressamente vedada a atuação como Estipulante deste Seguro:

- a. Corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes; e
- b. Seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.

14.2. A vedação estabelecida no subitem 14.1 anterior não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.

14.3. Não é considerada estipulante a pessoa jurídica que, sem ter subscrito proposta de contratação, tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável exclusivamente pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na folha de pagamento do respectivo segurado e o consequente repasse em favor da Seguradora.

14.4. É expressamente vedado ao Estipulante:

- 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, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- 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.

14.5. São obrigações do Estipulante:

- a. fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por àquela, incluindo dados cadastrais;
- b. manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados;
- c. fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao

contrato de seguro;

- d. discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e. repassar os prêmios 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 liquidação de sinistros;
- j. comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k. fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- l. informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.
- m. comunicar formal e expressamente à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e segurados, e/ou da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que silenciou de má-fé.

CLÁUSULA 15ª - BENEFICIÁRIOS

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

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

CLÁUSULA 16ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

16.1. Ao tomar ciência do sinistro ou da iminência de seu acontecimento, com o objetivo de evitar prejuízos à seguradora, o segurado e/ou o beneficiário deve:

- I. tomar as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar seus efeitos, tais como, dentre outros: isolar a área, acionar o Corpo de Bombeiros ou Polícia, conter vazamentos ou danos contínuos, desde que não comprometa a preservação da cena

do evento;

II. Comunicar prontamente o sinistro à seguradora por meio idôneo — como canal oficial de aviso via portal, central de atendimento, e-mail institucional ou outro meio válido descrito na apólice —, seguindo as orientações da seguradora para a contenção ou salvamento;

III. prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela seguradora.

16.2. O descumprimento doloso/intencional dos deveres previstos nesta cláusula implica a perda do direito à indenização ou ao capital pactuado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

16.3. O descumprimento culposos dos deveres previstos nesta cláusula implica a perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

16.4. É vedado ao segurado e ao beneficiário promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro.

16.5. O descumprimento culposos do dever previsto nesta cláusula implica obrigação de suportar eventuais despesas adicionais incorridas para a regulação e a liquidação do sinistro.

16.6. O descumprimento doloso do dever previsto nesta cláusula exonera a seguradora do dever de indenizar ou pagar o capital segurado.

16.7. A provocação dolosa de sinistro determina a perda total do direito à indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as

16.8. Sucede a mesma consequência prevista nesta cláusula quando o segurado ou o beneficiário tiver prévia ciência da prática delituosa e não tentar evitá-la.

16.9. Nos seguros sobre a vida e a integridade física, o capital segurado, ou a reserva matemática devida, será pago ao segurado ou a seus herdeiros quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário.

16.10. A fraude cometida por ocasião da reclamação de sinistro leva à perda do direito à garantia, liberando a seguradora do dever de prestar o capital segurado ou a indenização.

16.11. Ocorrendo um evento coberto, para o recebimento da indenização, o Segurado ou o beneficiário deverá apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante, o formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou beneficiário. Os documentos básicos necessários para Liquidação de Sinistro são descritos abaixo:

16.1.1. Para todos os eventos:

a. Formulário "Aviso de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou Beneficiário;

b. Formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou Beneficiário em caso de morte do segurado;

- c. Comprovante de endereço da residência do Segurado e do Beneficiário em caso de morte do segurado;

DO SEGURADO

- RG (cópia autenticada);
- CPF (cópia autenticada);
- Certidão de Nascimento ou Casamento (cópia autenticada do documento atualizado);
- Cópia da Ficha de Registro do Empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo vínculo com o Estipulante / Subestipulante seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo vínculo com o Estipulante / Subestipulante seja empregatício;
- Cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre Estipulante / Subestipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
- Cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre Estipulante / Subestipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

DO(S) BENEFICIÁRIO(S)

- PAIS: RG e CPF (cópias autenticadas);
- CÔNJUGE: Certidão de Casamento, RG e CPF (cópias autenticadas);
- COMPANHEIRA: RG e CPF e comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS (cópias autenticadas);
- Filhos: Certidão de Nascimento e RG, sendo que:
 - I. Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;
 - II. Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

16.1.2. Além dos documentos acima, deverão ser encaminhados os documentos constantes da Cláusula das Condições Especiais, no item LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO da cobertura contratada causadora do evento.

16.1.3. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

- 16.12.** Para todos os casos o Estipulante se obriga a entregar, juntamente com os documentos relacionados ao sinistro:
- 16.1.4.** Quando o vínculo entre Estipulante e Segurado for empregatício, a relação do pessoal segurado com a descrição dos dados pessoais do segurado sinistrado, período em que esteve sob seus serviços, tipo de serviço prestado e cópia da Guia de Recolhimento do FGTS relativo aos serviços prestados pelos mesmos.
- 16.1.5.** Quando o vínculo entre Estipulante e Segurado for associativo ou similar, a relação do pessoal segurado com a descrição dos dados pessoais do segurado sinistrado, período em que este foi associado.
- 16.13.** O pagamento de qualquer indenização devida relativa ao presente seguro será realizado sob a forma de parcela única ou renda nos termos definidos em cada cobertura contratada e será efetuado em até 30 (trinta) dias corridos, após a entrega de todos os documentos básicos relacionados a cada cobertura e informações necessárias que possibilitem a regulação e liquidação comprovação do sinistro.
- 16.14.** Nos seguros de pessoas que tenham por objeto a cobertura para o caso de morte ou de invalidez por doença, poderá ser estabelecido prazo de carência contratual, durante o qual a Seguradora não assumirá a responsabilidade pela ocorrência do sinistro.
- 16.4.1.** Na hipótese de ocorrência do sinistro durante o período de carência, legal ou contratual, a Seguradora obriga-se a restituir ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme o caso, o valor total dos prêmios pagos até a data do evento, ou a reserva matemática constituída, se houver.
- 16.15.** Fica reservado à Seguradora o direito de solicitar outros documentos, além dos básicos, no caso de dúvida fundada e justificável, que sejam necessários para regulação e liquidação do sinistro. Neste caso, será suspensa e reiniciada a contagem do prazo que trata o parágrafo anterior, a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 16.16.** Quando os documentos solicitados forem cópias, estes devem ser autenticados.
- 16.17.** Solicitados documentos complementares dentro do prazo de 30 (trinta) dias estabelecido nessa cláusula, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por no máximo 1 (uma) vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.
- 16.18.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 16.7.1.** A junta médica de que trata o subitem anterior será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.
- 16.7.2.** 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.

- 16.19.** Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para fins de verificação de cobertura, de acordo com as condições previstas contratualmente.
- 16.20.** O Estipulante, Corretor, Segurado e/ou beneficiários deverão comunicar à Seguradora, de imediato, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, assim que tiver conhecimento.
- 16.21.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente, para fins deste Seguro.
- 16.22.** Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, 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.
- 16.23.** Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.
- 16.24.** O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no plano implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica e conforme estabelecido na cláusula MULTA E MORA da presente Condições Gerais.
- 16.25.** O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.
- 16.26.** A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais das coberturas contratadas.

CLÁUSULA 17ª - VIGÊNCIA DO SEGURO

- 17.1.** As apólices, os certificados de seguro e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.
- 17.2.** Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.
- 17.3.** Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou em data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da proposta mestra de contratação e das Condições Particulares da apólice.
- 17.4.** Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, ou data

posterior, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da proposta mestra de contratação e das Condições Particulares da apólice.

CLÁUSULA 18ª - SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

18.1. Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido pago, as coberturas deste Seguro serão automaticamente suspensas a partir das 24:00 (vinte e quatro) horas da data de seu vencimento, ficando o seguro sem cobertura, e o Segurado e seus beneficiários sem direito a receber qualquer indenização referente as coberturas contratadas em caso de ocorrência do Sinistro.

18.1.1. No caso de suspensão da cobertura, não será cobrado pela Seguradora o prêmio referente ao período de cobertura suspensa do Seguro.

18.1.2. Neste caso, o período máximo de suspensão da cobertura será de até 90 (noventa) dias, consecutivos ou alternados, contados a partir do 1º (primeiro) dia de suspensão do seguro, decorrido este prazo, o seguro será automaticamente cancelado.

18.1.2.1. O Período máximo de suspensão de cobertura descrito no sub item 18.1.2. poderá ser alterado e descrito nas Condições Particulares do Seguro.

18.2. Caso seja realizada a regularizado o pagamento do(s) prêmio(s), o seguro será automaticamente reabilitado a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia da regularização do pagamento, ficando o segurado coberto pelo seguro a partir da referida data.

18.3. Com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, a Seguradora comunicará expressamente ao estipulante e ao segurado a data limite para reabilitação do seguro, juntamente com a informação de que o seguro será automaticamente cancelado, se o pagamento do prêmio não for regularizado até a referida data.

18.4. Após o cancelamento, o Segurado e/ou seus beneficiários não terão direito a devolução de prêmios já pagos até data do cancelamento independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

CLÁUSULA 19ª - CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

19.1.1. As apólices não poderão ser canceladas durante as suas vigências pela Seguradora, sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

19.2. Nos demais casos, o cancelamento da apólice somente se dará quando expirar seu prazo de vigência, ou por falta de pagamento

19.3. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, serão observadas as seguintes disposições:

a. a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

b. quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto disposta no Cláusula – PAGAMENTO DE PRÊMIO.

19.4. Se o segurado e/ou estipulante, por si ou seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

19.4.1. Se houver por parte do segurado e/ou estipulante inexatidão ou omissão nas declarações, ainda que e não resultem de má-fé, a Seguradora terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença de prêmios.

19.5. A Apólice poderá ser cancelada pela Seguradora, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias no mínimo, em caso de desinteresse pela renovação, de fraude, tentativa de fraude e/ou dolo por parte do Estipulante.

19.6. O Estipulante não poderá cancelar o Seguro durante sua vigência sem o expresso consentimento dos segurados enquanto o pagamento do prêmio correr por conta destes, ficando ressalvado o direito do mesmo ou da Seguradora de deixar de renovar a Apólice no aniversário.

CLÁUSULA 20ª - PERDA DE DIREITO

20.1. Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

20.1.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora poderá:

I. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

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

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

b. mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

- 20.2.** O segurado perderá o direito ao pagamento do capital segurado em caso de inobservância das obrigações convencionadas nas condições deste seguro.
- 20.3.** Ainda que se verificado agravamento relevante do risco contratado durante a vigência da apólice, a Seguradora não poderá cancelar o contrato ou recusar a cobertura em razão desse agravamento.
- 20.3.1.** Nessa hipótese, a Seguradora poderá apenas exigir o pagamento da diferença de prêmio correspondente ao novo nível de risco, a ser calculada de forma proporcional e justificada, respeitando os critérios técnicos atuariais e normativos aplicáveis.
- 20.3.2.** A mudança de profissão/ atividade, alteração de residência fixa para outro país ou a prática de esportes violentos ou de risco voluntário, tais como, exemplificativa, mas não exclusivamente como: esportes aéreos, náuticos a motor, lutas e artes marciais, competição automobilística, o exercício de atividades amadora ou profissional a bordo de aeronaves de qualquer característica ou em ambientes insalubres e/ou perigosos, são exemplos de incidentes suscetíveis de agravar o risco coberto, e devem ser comunicados à Seguradora previamente ao novo risco, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que houve silêncio de má-fé. A comunicação desses incidentes é necessária tanto para o Segurado Principal quanto para o Segurado Cônjuge, quando incluído no Seguro.
- 20.3.3.** A Seguradora, desde que o faça nos 20 (vinte) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 20.3.4.** Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o Segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.
- 20.3.5.** 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 21ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA

- 21.1.** Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.
- 21.2.** Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no subitem anterior aplica-se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.
- 21.3.** As coberturas individuais cessarão automaticamente:
- a. com o cancelamento da apólice;

- b. no caso de o Segurado, por qualquer motivo, vir a desligar-se do Estipulante, das apólices e, conseqüentemente, do grupo segurável, exceto no caso de aposentadoria;
- c. a partir da data em que o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão da apólice deste seguro;
- d. quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio (custo), quando o custeio for contributivo;
- e. no caso de coberturas adicionais ou especiais, além dos casos previstos anteriormente, com o cancelamento da respectiva cláusula; ou
- f. quando o segurado for indenizado pela cobertura de Morte ou por Invalidez Permanente Total.

CLÁUSULA 22ª - ALTERAÇÃO CONTRATUAL

- 22.1.** Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- 22.2.** Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante.
- 22.3.** Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas deste contrato somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

CLÁUSULA 23ª – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 23.1.** O índice pactuado para atualização de valores relativos às operações derivadas do presente contrato é o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, ou outro que venha a substituí-lo.
- 23.2.** A apuração do índice ora apresentado, terá uma defasagem de 30 (trinta) dias, em função do tempo de divulgação do índice e das comunicações que devem ser feitas no processo de renovação.
- 23.3.** Às Contratações com vigência inferior a 1 (um) ano não se aplica a cláusula de atualização de monetária.
- 23.4.** Também não será aplicado atualização monetária para capitais que sejam resultantes de múltiplos de salário, os quais serão ajustados com base nos respectivos ajustes salariais.

CLÁUSULA 24ª – MULTA E MORA

- 24.1.** Os valores relativos as obrigações legais pecuniárias decorrentes das operações derivadas do presente contrato sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Função Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou outro que venha a substituí-lo, acrescidos, ainda, de multa de 2% não cumuláveis, calculados sobre o valor bruto, e de juros moratórios de 1/365 avos de 6%, para cada dia corrido de atraso e até a data do efetivo pagamento, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo legal fixado para o cumprimento da obrigação.
- 24.2.** A atualização será efetuada com base na variação 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.

- 24.3.** 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.

CLÁUSULA 25ª – REGIME FINANCEIRO

- 25.1.** Considerando-se que o plano de seguro em questão é estruturado em regime financeiro de repartição, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, exceto aqueles pagos a maior, por erro de cobrança da Seguradora, ou em caso de recusa da proposta de seguro em que o prêmio tenha sido pago antecipadamente.
- 25.2.** O prêmio a ser restituído nas hipóteses do subitem anterior serão atualizados de IPCA/IBGE, ou outro índice que venha a substituí-lo.

CLÁUSULA 26ª – SUB-ROGAÇÃO

- 26.1.** Nos Seguros de Pessoas o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.

CLÁUSULA 27ª – DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

- 27.1.** O plano de seguro poderá prever cláusula de distribuição de excedente técnico, conforme estabelecido no Contrato.
- 27.2.** Na hipótese de distribuição, será considerado Excedente Técnico o saldo positivo (se houver), entre as receitas e as despesas a seguir especificadas:

I. RECEITAS

- a. os Prêmios, de competência, correspondentes ao período de apuração, efetivamente pagos, deduzidos os Prêmios devolvidos;
- b. os estornos de Sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

II. DESPESAS

- a. as comissões de corretagem pagas durante o período, correspondentes ao período de competência analisado;
- b. as comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período (se houver);
- c. as comissões de agenciamento pagas durante o período (se houver);
- d. valor total dos Sinistros ocorridos, pagos ou avisados, no período de competência analisado;
- e. o valor total dos Sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados nas apurações dos períodos anteriores ao de competência;
- f. os saldos negativos dos períodos anteriores e ainda não compensados;
- g. as despesas efetivas de administração do plano a cargo da seguradora;

h. as despesas a título de IBNR, ou seja, os Sinistros ocorridos e ainda não avisados, relativas ao período de competência avaliado.

27.3. Quando da apuração, as receitas e as despesas serão atualizadas pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, o Índice que vier a substituí-lo, conforme a seguir:

- a. Prêmios e comissões - a partir do respectivo dia do pagamento;
- b. Sinistros - a partir do dia do aviso à seguradora;
- c. Saldos negativos anteriores - a partir do respectivo mês de apuração;
- d. Despesas de administração da seguradora - a partir das datas em que incorreram.

27.4. No caso de resultado positivo, a seguradora repassará a título de Excedente Técnico ao Estipulante o percentual estabelecido no Contrato.

27.5. Respeitado o critério de apuração estabelecido nos itens anteriores, a distribuição de Excedente Técnico ocorrerá após o 1º ano de Vigência da Apólice.

27.6. A distribuição de Excedente Técnico será efetuada após o término de Vigência Anual da Apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de Excedente Técnico.

27.7. Do resultado apurado, será distribuído o percentual estabelecido no contrato do seguro.

27.8. Nos seguros contributários, o Excedente Técnico a ser distribuído deverá ser destinado aos Segurados, na proporção do seu percentual de contribuição sobre o Prêmio Individual. Esta condição constará do Certificado Individual do Seguro quando o seguro for contributário. Caberá ao Estipulante definir a forma com que distribuirá o Excedente Técnico aos componentes do Grupo Segurado, em conformidade com os Contratos/acordos que possua com os Segurados.

27.9. Não será distribuído Excedente Técnico em caso de cancelamento da Apólice.

CLÁUSULA 28ª – MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

28.1. As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Estipulante e/ou Corretor de Seguro, deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e particulares e a nota técnica atuarial submetidas à SUSEP.

CLÁUSULA 29ª – FORO

29.1. Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do contrato de seguro, o foro eleito para dirimir quaisquer dúvidas resultantes deste contrato será o do domicílio do Segurado ou beneficiário, conforme foi o caso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA MORTE ACIDENTAL (MA)**CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO**

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao(s) beneficiário(s) do Segurado, o pagamento do capital segurado indicado na Apólice, caso o Segurado venha a falecer em consequência de acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do Acidente sofrido pelo segurado.

Para menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:

- a. Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado;
- b. Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b. as perturbações e intoxicações alimentares, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total por Acidente e Morte Acidental não se acumulam.

Se depois de pagar indenização por invalidez permanente total ou parcial por acidente ou Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

CLÁUSULA 6ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado pelo Estipulante, seu representante ou o(s) beneficiário(s), tão logo se tenha conhecimento, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Estipulante, seu representante ou o(s) beneficiário(s), da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

I. Morte Decorrente de Acidente:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
- b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- d. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- e. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- f. Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- g. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- i. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

II. Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:

- a. Declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- b. Declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

III. Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- a. Cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- b. Companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- c. Pais: RG e CPF do segurado (cópias autenticadas);

d. Filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE CRIME (MADC)

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao(s) beneficiário(s) do Segurado, o pagamento do capital segurado indicado na Apólice, caso o Segurado, enquanto vítima, venha a falecer acidentalmente em consequência de crime.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data do crime sofrido pelo segurado.

Para menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:

- a. Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado;
- b. Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b. as perturbações e intoxicações alimentares, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Decorrente de Crime e/ou Invalidez Permanente Total por Acidente Decorrente de Crime e Morte Acidental Decorrente de Crime não se acumulam.

Se depois de paga a indenização por invalidez permanente total ou parcial por acidente decorrente de crime e/ou Invalidez Permanente Total decorrente por acidente de crime, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo crime, a importância já paga por invalidez permanente total ou Parcial por acidente decorrente de crime ou Invalidez Permanente Total por acidente decorrente de Crime deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte decorrente de Crime, quando contratada(s) esta cobertura(s).

CLÁUSULA 6ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado pelo Estipulante, seu representante ou o(s) beneficiário(s), tão logo se tenha conhecimento, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Estipulante, seu representante ou o(s) beneficiário(s), da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- I. Morte Acidental Decorrente de Crime:
 - a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
 - b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
 - c. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - d. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
 - e. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial);
 - f. CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;

- g. Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- h. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- i. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- j. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente;
- k. Cópia do inquérito policial;
- l. Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:
 - Declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
 - Declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).
- m. Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):
 - Cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
 - Companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
 - Pais: RG e CPF do segurado (cópias autenticadas);
 - Filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido ao Segurado, o pagamento da indenização, limitado ao capital segurado contratado, em caso da perda total, redução ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, em caráter permanente, em consequência de acidente pessoal coberto.

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou

assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data do Acidente sofrido pelo segurado.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b. as perturbações e intoxicações alimentares, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente e Morte Acidental não se acumulam.

Se depois de pagar indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

CLÁUSULA 6ª - CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

No caso de Invalidez Permanente, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir.

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 incurável	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - DIVERSAS	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não-consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS SUPERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE - CONTINUAÇÃO	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS INFERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não-consolidada de um fêmur	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros (perna)	25
Fratura não-consolidada da rótula	20
Fratura não-consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	---
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10
de 3 (três) centímetros	6
menos de 3 (três) centímetros	sem pagamento

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

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.

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

CLÁUSULA 7ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o acidente.

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

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s) e relatório do médico assistente, detalhando a natureza da lesão, data da invalidez e o respectivo grau definitivo da invalidez;
- b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- e. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver;
- f. Radiografias, Ultrassons, entre outros e resultados de exames realizados, acompanhados dos respectivos laudos médicos;

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 8ª - JUNTA MÉDICA

É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora,

outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

CLÁUSULA 9ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 10ª - CANCELAMENTO DA COBERTURA

O certificado individual será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

CLÁUSULA 11ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE CRIME (IPADC)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido ao Segurado, o pagamento da indenização, limitada ao capital segurado contratado, em caso da perda total, redução ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, em caráter permanente, quando vítima de crime.

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data

do evento coberto" a data do crime sofrido pelo segurado.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b. as perturbações e intoxicações alimentares, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro

CLÁUSULA 5ª - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Decorrente de Crime, Invalidez Permanente Total por Acidente Decorrente de Crime e Morte Acidental Decorrente de Crime não se acumulam.

Se depois de pagar indenização por invalidez permanente total ou parcial por acidente decorrente de crime, verificar-se a invalidez permanente total por acidente e/ou a morte do segurado, em consequência do mesmo crime, a importância já paga por invalidez permanente total ou Parcial por acidente decorrente de crime deve ser deduzida do valor do capital segurado por invalidez permanente total por acidente e/ou morte decorrente de crime, quando contratada(s) esta(s) cobertura(s).

CLÁUSULA 6ª - CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

No caso de Invalidez Permanente, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 incurável	100

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - DIVERSAS	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não-consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS SUPERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE - CONTINUAÇÃO	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS INFERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não-consolidada de um fêmur	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros (perna)	25
Fratura não-consolidada da rótula	20
Fratura não-consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25

Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	---
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10
de 3 (três) centímetros	6
menos de 3 (três) centímetros	sem pagamento

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

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.

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

CLÁUSULA 7ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local do crime.

A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o acidente.

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

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item -

"LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s) e relatório do médico assistente, detalhando a natureza da lesão, data da invalidez e o respectivo grau definitivo da invalidez;
- b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial);
- c. CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- d. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- f. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver;
- g. Cópia do inquérito policial;
- h. Radiografias, Ultrassons, entre outros e resultados de exames realizados, acompanhados dos respectivos laudos médicos.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 8ª - JUNTA MÉDICA

É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

CLÁUSULA 9ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

A reintegração não se dá para o mesmo crime e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 10ª - CANCELAMENTO DA COBERTURA

O certificado individual será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

CLÁUSULA 11ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido ao Segurado, o pagamento da indenização, limitado ao capital segurado contratado, em caso da perda total, redução ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, em caráter permanente, em consequência de acidente pessoal coberto.

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital será escolhido pelo Estipulante e estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do Acidente sofrido pelo segurado.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b. as perturbações e intoxicações alimentares, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente Total por Acidente e Morte Acidental não se acumulam.

Se, depois de paga indenização por invalidez permanente total por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor indenizado por morte. Nestes casos, o beneficiário terá direito à indenização por morte, deduzidos os valores pagos pela invalidez permanente, mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão da indenização por invalidez permanente total.

CLÁUSULA 6ª - CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

No caso de Invalidez Permanente Total por Acidental, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora a seguradora pagará o capital segurado em decorrência dos eventos a seguir:

- a. Perda total da visão de ambos os olhos;
- b. Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c. Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d. Perda total do uso de ambas as mãos;
- e. Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f. Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g. Perda total do uso de ambos os pés; ou
- h. Alienação mental total incurável.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

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

A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente Total.

CLÁUSULA 7ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá

ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma desse item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos com informações completas sobre o ocorrido.

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

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s) e relatório do médico assistente, detalhando a natureza da lesão, data da invalidez e o respectivo grau definitivo da invalidez;
- b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- e. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver;
- f. Radiografias, Ultrassons, entre outros e resultados de exames realizados;

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 8ª - JUNTA MÉDICA

É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

CLÁUSULA 9ª - CANCELAMENTO DA COBERTURA

O certificado individual será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

CLÁUSULA 10ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE CRIME (IPTADC)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido ao Segurado, o pagamento da indenização, limitado ao capital segurado contratado, em caso da perda total, redução ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, em caráter permanente, quando vítima de crime.

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital será escolhido pelo Estipulante e estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do crime sofrido pelo segurado.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b. as perturbações e intoxicações alimentares, bem como as intoxicações decorrentes

da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente Total por Acidente Decorrente de Crime, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Decorrente de Crime e Morte Decorrente de Crime não se acumulam.

Se, depois de paga indenização por invalidez permanente total por acidente decorrente de crime, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor indenizado por morte. Nestes casos, o beneficiário terá direito à indenização por morte decorrente de crime, deduzidos os valores pagos pela invalidez permanente, mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão da indenização por invalidez permanente total.

CLÁUSULA 6ª - CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

No caso de Invalidez Permanente Total decorrente por Acidente decorrente de Crime, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora a seguradora pagará o capital segurado em decorrência dos eventos a seguir:

- a. Perda total da visão de ambos os olhos;
- b. Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c. Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d. Perda total do uso de ambas as mãos;
- e. Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f. Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g. Perda total do uso de ambos os pés; ou
- h. Alienação mental total incurável.

Quando do mesmo crime 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).

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

A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente Total.

CLÁUSULA 7ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local do crime.

A comunicação, na forma desse item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos com informações completas sobre o ocorrido.

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

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s) e relatório do médico assistente, detalhando a natureza da lesão, data da invalidez e o respectivo grau definitivo da invalidez;
- b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial);
- c. CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- d. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- f. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver;
- g. Cópia do inquérito policial;
- h. Radiografias, Ultrassons, entre outros e resultados de exames realizados;

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 8ª - JUNTA MÉDICA

É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação

da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente no Bilhete. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

CLÁUSULA 9ª - CANCELAMENTO DA COBERTURA

O certificado individual será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

CLÁUSULA 10ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE - (DMHO-A)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura fica garantido o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, desde que sejam adquiridos dentro do Ambiente Hospitalar.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do Acidente sofrido pelo segurado.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b. aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c. reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos;
- d. medicamentos prescritos relacionados ou não com a causa do evento causador da

cobertura e adquiridos fora do ambiente hospitalar não serão reembolsados.

- e. despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado e enfermagem de caráter particular;
- f. tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;
- g. cirurgia plástica estética, exceto aquelas de caráter reparador para reconstituição de funções, danificadas em função de acidente coberto, e cuja finalidade não seja meramente estética;
- h. estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;
- i. tratamentos relacionados a doenças.

CLÁUSULA 4ª - PRESTADORES

Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

CLÁUSULA 5ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de até 30% (trinta) por cento do valor da indenização.

CARÊNCIA: Não haverá aplicação de carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 6ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma desse item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b. Notas fiscais e outros comprovantes ORIGINAIS das despesas efetuadas pelo segurado;

- c. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- d. Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- e. Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- f. Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos e os procedimentos realizados;
- g. Exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela; e
- h. Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir.

As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais e demais documentos necessários a comprovação do acidente, descritos no manual de liquidação de sinistros.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 7ª - CLÁUSULA DE CONCORRÊNCIA

Possuindo o segurado mais de uma apólice, nesta ou em outra seguradora, garantindo despesas médico-hospitalares, a responsabilidade desta seguradora, nesta apólice, será igual a importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta garantia em cada uma delas.

Pelo mesmo acidente, o reembolso não poderá superar o limite máximo contratado para a cobertura de DMHO.

CLÁUSULA 8ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

No caso de utilização do reembolso por esta cobertura, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 9ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE (DIT-A)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado, o pagamento das diárias a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de acidente pessoal coberto, de forma contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, observado o limite máximo de diárias estabelecidos na Apólice e o período de franquia.

A incapacidade é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de acidente pessoal coberto e constatada através da análise da documentação apresentada.

O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 180 (cento e oitenta) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

a. doenças, incluídas as profissionais, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

- b. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c. tratamentos para obesidade, inclusive gastroplastia redutora;
- d. tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- e. tratamentos odontológicos e ortodônticos, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- f. doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- g. infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imuno-deficiência adquirida (sida/aids);
- h. doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- i. doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer e doença de parkinson.
- j. as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.
- k. transtornos mentais e psiquiátricos;
- l. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- m. lesões que não requerem atenção médica;
- n. internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);
- o. cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- p. procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia
- q. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).

As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

CARÊNCIA: Não haverá aplicação de carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c. Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- d. Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- e. Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- f. Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
- g. cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar; e

h. exames médicos que estejam relacionados com o evento.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE (DIH-A)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar, observado o período de franquia, em caso de eventos cobertos, decorrentes exclusivamente de acidente pessoal, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez.

É vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.

A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização por um período superior a 12 (doze) horas e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no contrato do seguro e no certificado individual do seguro.

A indenização será devida somente após alta médica, para contabilização das diárias de internação.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de

Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data da internação do segurado por determinação médica.

A transferência de um Hospital para outro não caracteriza a ocorrência de um novo evento.

As ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. tratamentos que possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório;
- b. intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- c. acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- d. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- e. todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- f. cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
- g. estados de convalescença, após a alta médica;
- h. tratamentos odontológicos, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- i. diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como: espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
- j. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).

As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após

o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

CARÊNCIA: Não haverá aplicação de carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b. declaração do hospital constando nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição dos procedimentos, tratamentos ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- c. relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
- d. notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;
- e. boletim de Ocorrência policial, se for o caso, ou Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- f. carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- g. cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado; e
- h. exames médicos que estejam relacionados com o evento.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DE AUXÍLIO FUNERAL – AXF-M

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura em caso de morte do Segurado ocorrida durante o período de vigência do seguro, será garantido o pagamento ao(s) beneficiário(s), a título de auxílio funeral, o capital segurado contratado relativo a esta cobertura.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do falecimento do segurado.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnico e da Cláusula – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais.

CLÁUSULA 4ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

O período de Carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
- b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- d. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- e. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- f. Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- g. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- i. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR MORTE ACIDENTAL – AXCB-MA

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido o pagamento de uma indenização a título de auxílio alimentação ao beneficiário, limitado ao capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de falecimento do segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal cobertos, ocorridos durante o período de vigência do seguro.

O pagamento poderá ser efetuado por meio de crédito em cartão-eletrônico, se estabelecido na Proposta de Contratação e/ou Adesão.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente.

De acordo com o estabelecido contratualmente, a indenização poderá ser paga em espécie, por meio do fornecimento de cestas de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnico e da Cláusula – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais

CLÁUSULA 4ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicada à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - “LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO”, das Condições Gerais, além dos documentos básicos

apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
- b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- d. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- e. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- f. Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- g. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- i. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL POR MORTE ACIDENTAL – AXE-MA

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido o pagamento de uma indenização a título de auxílio emergencial ao beneficiário, limitado ao capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de falecimento do segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal cobertos, ocorridos durante o período de vigência do seguro.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data do acidente.

O pagamento do capital segurado será realizado pelos prestadores de serviços de assistência funeral contratados pela seguradora.

Esta cobertura somente poderá ser contratada juntamente com a cobertura de Assistência Funeral.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnico e da Cláusula – "RISCOS EXCLUÍDOS" das Condições Gerais.

CLÁUSULA 4ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
- b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- d. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- e. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- f. Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;

- g. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- i. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA POR MORTE ACIDENTAL – RT-MA

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido o reembolso ao estipulante das despesas com a rescisão do contrato de trabalho com o segurado, em decorrência de seu falecimento decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto durante o período de vigência do seguro, limitado ao capital segurado contratado.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do Acidente.

A cobertura somente poderá ser contratada somente por pessoas que possuam vínculo empregatício sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) com o estipulante.

A indenização paga ao estipulante, a título de verba rescisória, será feita de uma única vez.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- Saldo de salário;
- 13º salário;

- Férias vencidas;
- Férias proporcionais;
- Participação nos lucros;
- 1/3 constitucional sobre férias vencidas e proporcionais;
- Salário-família;
- FGTS do mês anterior (depósito);
- FGTS da rescisão (depósito);
- Multas por descumprimento do contrato de trabalho nos termos previstos pela legislação trabalhistas;
- Danos Morais e Materiais decorrentes direta ou indiretamente do fato gerador do sinistro; e
- Despesas ordinárias decorrentes do contrato de trabalho.

CLÁUSULA 4ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
- b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- d. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- e. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do

Trabalho), se houver;

- f. Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- g. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- i. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver;e
- j. Cópia da Convenção Coletiva de Trabalho ou similar, que demande o pagamento das verbas cobertas por essa cobertura

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 11ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA - RT-IPTA)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido o reembolso ao estipulante das despesas com a rescisão do contrato de trabalho com o segurado, em caso da perda total, redução ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, em caráter permanente, em consequência de acidente pessoal coberto.

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data

do evento coberto" a data do Acidente sofrido pelo segurado.

A cobertura somente poderá ser contratada somente por pessoas que possuam vínculo empregatício sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) com o estipulante.

A indenização paga ao estipulante, a título de verba rescisória, será feito de uma única vez.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- Saldo de salário;
- 13º salário;
- Férias vencidas;
- Férias proporcionais;
- Participação nos lucros;
- 1/3 constitucional sobre férias vencidas e proporcionais;
- Salário-família;
- FGTS do mês anterior (depósito);
- FGTS da rescisão (depósito);
- Multas por descumprimento do contrato de trabalho nos termos previstos pela legislação trabalhistas;
- Danos Morais e Materiais decorrentes direta ou indiretamente do fato gerador do sinistro; e
- Despesas ordinárias decorrentes do contrato de trabalho.

CLÁUSULA 4ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª – CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

No caso de Invalidez Permanente Total por Acidental, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatados e avaliados a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora a seguradora pagará o capital segurado em decorrência dos eventos a seguir:

- a. Perda total da visão de ambos os olhos;
- b. Perda total do uso de ambos os membros superiores;

- c. Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d. Perda total do uso de ambas as mãos;
- e. Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f. Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g. Perda total do uso de ambos os pés; ou
- h. Alienação mental total incurável.

A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente Total.

CLÁUSULA 6ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s) e relatório do médico assistente, detalhando a natureza da lesão, data da invalidez e o respectivo grau definitivo da invalidez;
- b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- e. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver;
- f. Radiografias, Ultrassons, entre outros e resultados de exames realizados.
- g. Cópia da Convenção Coletiva de Trabalho ou similar, que demande o pagamento das verbas cobertas por essa cobertura

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento

ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 7ª – JUNTA MÉDICA

É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

CLÁUSULA 8ª – CANCELAMENTO DA COBERTURA

O certificado individual será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de Rescisão Trabalhista – RT-IPTA, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

CLÁUSULA 9ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE – IC

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cláusula suplementar de Inclusão de Cônjuge, poderá ser contratado as coberturas do seguro para o cônjuge do segurado principal.

Não pode participar desta cláusula suplementar, o cônjuge que faça parte do grupo segurado, exceto se houver disposição em contrário no contrato de seguro.

São extensíveis ao cônjuge, somente as coberturas contratadas pelo segurado principal, respeitadas as restrições estabelecidas no contrato de seguro.

CLÁUSULA 2ª – DEFINIÇÃO

Cônjuge: é a(o) esposa(o) do segurado(a).

A(O) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

CLÁUSULA 3ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de

Seguro.

O capital segurado relativo a cada cobertura contratada para o cônjuge será equivalente a um percentual do correspondente capital segurado contratado para o segurado principal

O percentual referente a cada cobertura contratada será estabelecido contratualmente, sendo que não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado principal.

CLÁUSULA 4ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cláusula complementar todos os riscos definidos como excluídos para cada cobertura contratada pelo segurado principal.

CLÁUSULA 5ª – FORMA DE CONTRATAÇÃO

A forma de contratação da cláusula complementar poderá ser:

- a. automática: quando estarão cobertos automaticamente todos os cônjuges dos respectivos segurados principais, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas nas condições contratuais.
- b. facultativa: quando são incluídos os cônjuges dos segurados principais mediante adesão individual, desde que aceitos pela seguradora.

CLÁUSULA 6ª – BENEFICIÁRIO

Na falta de indicação expressa do beneficiário do cônjuge nas coberturas cujo evento coberto seja o falecimento, a indenização será paga ao segurado principal. Nas demais coberturas, o beneficiário será o próprio cônjuge.

CLÁUSULA 7ª – INÍCIO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

Os riscos individuais previstos no seguro começam a vigorar:

- a. na forma automática: a partir da caracterização da condição de cônjuge de acordo.
- b. na forma facultativa: na data da inclusão do cônjuge, desde que aceito previamente pela seguradora.

As coberturas contratadas para o cônjuge começam a vigorar simultaneamente com o início da vigência da cobertura do segurado principal, ou a partir da data em que se caracterizar a sua união, conforme no item DEFINIÇÃO acima, ou ainda, em data posterior, quando a cláusula complementar for contratada após a entrada em vigor das coberturas do segurado principal, ou ainda a partir da data.

CLÁUSULA 8ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INCLUSÃO DE FILHOS - IF

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cláusula suplementar de Inclusão de Filhos, poderá ser contratado as coberturas do seguro para os filhos do segurado principal.

Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, é permitida somente a contratação de coberturas para o reembolso das despesas, devidamente comprovadas, observando-se que:

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

São extensíveis aos filhos, somente as coberturas contratadas pelo segurado principal, respeitadas as restrições estabelecidas no contrato de seguro.

Não podem participar desta cláusula suplementar, os filhos que façam parte do grupo segurado, exceto se houver disposição em contrário no contrato de seguro.

Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado principal para efeito desta cláusula suplementar.

CLÁUSULA 2ª – DEFINIÇÃO

Filho: para efeito desta cláusula suplementar é o filho, o enteado e o menor considerado dependente do segurado principal conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda - IRPF, exceto se houver disposição em contrário no contrato de seguro.

CLÁUSULA 3ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

O capital segurado relativo a cada cobertura contratada para os filhos será equivalente a um percentual do correspondente capital segurado contratado para o segurado principal

O percentual referente a cada cobertura contratada será estabelecido contratualmente, sendo que não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado principal.

CLÁUSULA 4ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar todos os riscos definidos como excluídos para cada cobertura contratada pelo segurado principal.

CLÁUSULA 5ª – FORMA DE CONTRATAÇÃO

A inclusão dos Filhos do segurado principal será automática, sem necessidade de adesão individual, desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.

CLÁUSULA 6ª – BENEFICIÁRIO

O beneficiário dos filhos nas coberturas cujo evento coberto seja o falecimento, é o segurado principal. Nas demais coberturas, os beneficiários serão os filhos.

CLÁUSULA 7ª – INÍCIO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

As coberturas contratadas para os filhos começam a vigorar simultaneamente com o início da vigência da cobertura do segurado principal, ou em data posterior, quando a cláusula suplementar for contratada após a entrada em vigor das coberturas do segurado principal.

CLÁUSULA 8ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.