

CONDIÇÕES GERAIS

Seguros bs2 SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

CG20220403TM

Sumário

DISPOSIÇÕES INICIAIS	4
1. OBJETIVO DO SEGURO	4
2. DEFINIÇÕES	4
3. COBERTURAS	8
4. RISCOS EXCLUÍDOS	9
5. CARÊNCIA	10
6. FRANQUIA	10
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO	10
8. DA ACEITAÇÃO E CONTRATAÇÃO	10
9. CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS	12
10. PRAZO DE ARREPENDIMENTO	12
11. INÍCIO DE VIGÊNCIA	12
12. RENOVAÇÃO	13
13. EMISSÃO DA APÓLICE	13
14. BENEFICIÁRIOS	13
15. CAPITAL SEGURADO	14
16. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	14
17. PRÊMIO DO SEGURO	14
18. CANCELAMENTO E SUSPENSÃO DA COBERTURA	16
19. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS	17
20. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS	18
21. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	18
22. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO	20
23. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO	20
24. REGIME FINANCEIRO	22
25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	22
26. PRESCRIÇÃO	22
27. FORO	22
CONDIÇÕES ESPECIAIS	23
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	23
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	24
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	28
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)	30
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL (DIT-AP)	32

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE PESSOAL (DIH-AP)35

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL38



DISPOSIÇÕES INICIAIS

A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco;

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

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. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou seus beneficiários de acordo com a(s) cobertura(s) e limitado ao valor do capital Segurado contratado pelo Segurado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, durante o período de vigência do seguro e mediante o pagamento do prêmio correspondente, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e nas disposições legais aplicáveis.

2. DEFINIÇÕES

Seguem os termos e as expressões que têm por objetivo auxiliar no entendimento da leitura e interpretação das Condições Gerais e Cláusulas que regem este seguro.

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

Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) Os acidentes decorrentes de ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

Excluem-se desse conceito:

- a) As doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como:
 - Lesões por Esforços Repetitivos – LER;
 - Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT;
 - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC; ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico–científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,
- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem anterior.

Acidente Vascular Cerebral: É definido como qualquer acidente cerebrovascular com sequelas neurológicas e com uma duração superior a 24 (vinte e quatro) horas, que inclui a morte do tecido cerebral decorrente de fluxo sanguíneo deficiente por hemorragia, isquemia ou embolia proveniente de uma fonte extracranial.

Agravamento de risco: A ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance de ocorrência de sinistro.

Apólice: É Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).

Ato doloso: Ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

Ato ilícito: Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Aviso de sinistro: É a comunicação formal da ocorrência de um evento (sinistro) que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento. É a comunicação oficial à Seguradora na ocorrência do sinistro, sua natureza e gravidade.

Beneficiários: São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber o Capital Segurado na hipótese de sinistro com o Segurado.

Boa-Fé: Um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio o obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do Contrato e na determinação dos compromissos assumidos.

Capital Segurado: É o valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.

Carência: É o período de tempo ininterrupto, cotado a partir da data de início de vigência do Seguro, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou seus beneficiários não terão direito à integridade da cobertura contratual, sendo inexistente em caso de acidente pessoal.

Certificado: É o documento emitido para cada segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro.

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

Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes nas Condições Gerais, das Condições Especiais e do Certificado de Seguro.

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

Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

Contrato de Seguro: É constituído pelos documentos de aceitação que formalizam o contrato e estabelecem o direito a indenização de seguro, nos termos das condições contratuais.

Corretor de seguros: Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover Contratos de Seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

Diária Segurada: É a importância a ser paga ao Segurado em função do valor estabelecido para a cobertura adicional de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), vigente na data do evento.

Doença: É o evento decorrente de perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, **não se enquadrando em classificação de acidente pessoal.**

Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes: Doença, lesão e/ou deficiência, inclusive congênita, que comprometa a função orgânica ou coloque em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, em relação à qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação.

Dolo: É a intenção de praticar um mal que é considerado crime, seja por ação ou por omissão, ou ainda, vício de consentimento caracterizado na intenção de prejudicar ou fraudar outrem.

Endosso: Documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

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.

Evento coberto: Acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante a vigência e que acarreta obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) beneficiário(s).

Franquia: É o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização ou reembolso, contado a partir da caracterização do sinistro coberto.

Formulário de Aviso de Sinistro: É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

Indenização: É o valor a ser pago pela Seguradora ao Segurado ou aos seus Beneficiários na ocorrência do sinistro coberto, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

Início de Vigência: É a data a partir da qual a cobertura proposta será garantida pela Seguradora.

Liquidação do Sinistro: É o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou aos seus Beneficiários após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.

Má-fé: Agir de modo contrário a lei ou ao direito de forma proposital com a finalidade de lesar direito de terceiro.

Médico Assistente: Profissional legalmente licenciado para a prática de medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc). **Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

Período de Cobertura: Período em que o Segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados, em caso de sinistro coberto pelo Seguro.

Período Indenizável: É o período máximo, definido nas Condições Contratuais, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado fará jus ao recebimento das Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), se contratada.

Prêmio do Seguro: É o valor a ser pago pelo Segurado à Seguradora, destinado ao custeio do Seguro, para que esta assuma a responsabilidade pelas coberturas contratadas.

Proponente: Pessoa física interessada em contratar cobertura(s) de seguro.

Proposta: É documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro, abrangendo, no caso de contratação ou renovação de apólices coletivas, tanto a proposta de contratação formalizada pelo estipulante, como as propostas de adesão dos segurados individuais; e

Regime Financeiro de Repartição Simples: É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados nesse mesmo período.

Regulação de Sinistros: Conjunto de procedimentos para a apuração das causas e circunstâncias que ocasionaram o sinistro que tem por objetivo validar a caracterização do risco.

Reintegração do Capital Segurado: É a recomposição do Capital Segurado após a liquidação do sinistro.

Resilição do contrato: É a anulação de contrato, sem efeito retroativo, que se dá por meio de acordo firmado entre os interessados, podendo ser por ato unilateral de uma das partes.

Risco coberto: É o risco previsto na Apólice e no Certificado de Seguro que caracterizará a indenização e/ou reembolso.

Riscos excluídos: São aqueles riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

Segurado: É a pessoa física efetivamente aceita pela Seguradora e incluída no Seguro.

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

Seguro: É o contrato pelo qual uma das partes fica obrigada, mediante cobrança de prêmio, a indenizar outra pela ocorrência e determinados eventos ou por prejuízos eventuais.

Sinistro: Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de Seguro.

Vigência: Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.

3. COBERTURAS

3.1. 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.

3.1. COBERTURAS

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

- c) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA); e
- d) Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
- e) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP);
- f) Diárias por Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIH-AP).
- g) Auxílio Funeral.

3.2. As coberturas poderão ser contratadas isoladamente ou em conjunto, **exceto as coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) que não poderão ser contratadas conjuntamente.**

3.3. 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.

3.4. As coberturas contratadas serão expressamente ratificadas na Apólice e no Certificado.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência direta ou indiretamente:

- a) De qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;
- b) De tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- c) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- d) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- e) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) De doenças ou acidentes preexistentes à contratação do seguro não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;
- g) Da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de um ou de outro de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- h) Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- i) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de transportes mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) De competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;

- k) De cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos na vigência do seguro;
- l) De lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoa coberto;
- m) De internações decorrentes de doenças cerebrovasculares, ainda que possam ser identificadas pela expressão “acidentes vasculares cerebrais”;
- n) De perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico;
- o) Epidemias, endemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- p) De choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto;
- q) Do parto ou aborto e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto; e
- r) De hérnias de quais quer naturezas e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.

5. CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto em caso de em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado, haverá uma carência de dois anos, contados a partir da Vigência inicial no Certificado de Seguro, ou da sua recondução, depois de suspenso.

6. FRANQUIA

As franquias, quando aplicáveis, serão estabelecidas nas Condições Especiais de acordo com a cobertura contratada.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO

7.1. A abrangências das coberturas previstas nestas Condições Gerais se aplicam:

7.1.1. Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): para eventos cobertos ocorridos em todo o Globo terrestre.

7.1.2. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP) e Diárias por Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIH-AP), para eventos cobertos ocorridos em território nacional.

8. DA ACEITAÇÃO E CONTRATAÇÃO

8.1. A contratação, alteração ou Renovação não automática do seguro deverá ser feita por meio de Proposta escrita, assinada pelo proponente, seu representante legal ou pelo seu corretor de seguros.

8.2. Na Proposta deverá conter os elementos essenciais para análise, aceitação ou recusa do risco proposto conforme dispuser a legislação em vigor, bem como a informação sobre a existência de outros seguros cobrindo os mesmos interesses contra os mesmos riscos.

8.3. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, ao proponente, protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

8.4. Após o recebimento da Proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para análise da e manifestação expressa sobre a aceitação da Proposta, contados da data de seu recebimento, seja para seguros novos, para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos ou, ainda, para as Renovações.

8.5. Caso a Seguradora necessite de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração solicitada pelo Segurado, poderá solicitá-los por uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias acima mencionado. Neste caso, o referido prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega de toda a documentação.

8.6. A Seguradora comunicará ao proponente, seu representante ou ao seu corretor de seguros, por expressamente, a aceitação ou recusa da Proposta, e no caso de recusa especificando seu(s) motivo(s).

8.7. Na hipótese de a Proposta ter sido recepcionada com adiantamento do Prêmio será concedido uma cobertura provisória até a data da comunicação ao proponente, seu representante ou ao seu corretor de seguros do resultado da análise.

8.7.1. No caso de aceitação da proposta, será considerado o período de cobertura provisória como de efetiva vigência no seguro.

8.7.2. No caso de recusa da proposta, a cobertura do seguro prevalecerá por mais 2 (dois) dias úteis após a sua formalização pela Seguradora e, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a Seguradora devolverá o adiantamento recebido, deduzindo a parcela proporcional ao período em que a cobertura tiver prevalecido.

8.7.2.1. Caso a devolução não ocorra no prazo de 10 (dez) dias acima mencionado, os valores devolvidos serão acrescidos de:

- a) atualização monetária pela variação positiva do índice previsto na Cláusula Atualização de Valores Contratados e Encargos Moratórios a partir da data de formalização da recusa até a data da efetiva devolução, pela Seguradora; e
- b) juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo de 10 (dez) dias para a devolução do Prêmio, até a data da efetiva restituição pela Seguradora.

8.8. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, nos prazos previstos no sub item 8.4 anterior, caracterizará a aceitação tácita do seguro.

8.9. A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:

- a) a data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;
- b) a data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou
- c) a data de término do prazo previsto no sub item 8.4. anterior.

8.10. A emissão da Apólice, do Certificado Individual ou do Endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data da aceitação da Proposta.

8.10.1. Caso ocorra a emissão da Apólice, do Certificado Individual ou Endosso dentro do prazo estabelecido no sub item 8.4. anterior, substituirá a manifestação expressa da aceitação da proposta prevista no sub item 8.6.

9. CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS

9.1. A contratação do seguro poderá ser realizada por meios remotos, quando disponibilizado pela Seguradora e na forma estabelecida pela legislação específica.

9.2. A Apólice e/ou o Certificado Individual será emitido com base nas declarações prestadas, na Proposta de Contratação e/ou Adesão e devidamente assinada. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela Seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

9.3. Se os dados Apólice e/ou o Certificado Individual estiverem diferentes dos informados na Proposta de Contratação, deverá ser solicitado à Seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão da mesma, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto na Apólice e/ou o Certificado Individual emitido.

9.4. As exigências para aceitação dos proponentes serão estabelecidas contratualmente.

10. PRAZO DE ARREPENDIMENTO

10.1. O segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do Certificado.

10.2. Caso o segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item 10.1 anterior, serão devolvidos, de imediato.

10.3. O segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

10.4. A sociedade seguradora, ou Estipulante de seguros, e o corretor de seguros habilitado, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.

10.5. 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.

11. INÍCIO DE VIGÊNCIA

11.1. As apólices, os certificados de seguro e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

11.2. 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.

12. RENOVAÇÃO

12.1. As apólices e/ou certificados com vigência mínima de 1 (um) ano ou mais, poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, sendo as renovações posteriores realizadas de forma expressa.

12.1.1. 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.

12.1.2. A renovação automática a que se refere o subitem 12.1 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.

12.2. O desinteresse em renovação da apólice deverá ser comunicado ao Segurado e ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice. O mesmo prazo prevalece para o desinteresse por parte do Estipulante e Segurado.

11.3. 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.

13. EMISSÃO DA APÓLICE

13.1. 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

13.2. A Seguradora providenciará, obrigatoriamente, a emissão e envio do certificado individual no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

14. BENEFICIÁRIOS

14.1. O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais.

14.2. O Segurado poderá a qualquer tempo, alterar a indicação de beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

14.2.1. Em caso de sinistro, será considerada a última alteração de beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

14.2.2. Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.

14.3. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP) e Diárias por Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIH-AP) previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado ou seu representante legal.

15. CAPITAL SEGURADO

15.1. O valor limite do capital segurado para cada cobertura contratada será estabelecido no Certificado de Seguro.

15.2. O Segurado e/ou o 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.

15.3. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento para todas as coberturas a data do acidente, quando da liquidação dos sinistros:

16. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

16.1. Não haverá reintegração para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente.

16.2. Para as garantias de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP) e Diárias por Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIH-AP) a reintegração do Capital Segurado será automática.

17. PRÊMIO DO SEGURO

17.1. A periodicidade de pagamento do Seguro, poderá ser mensal, ou único e cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura, e será descrito no mesmo.

17.2. Qualquer indenização somente passa a ser devida após o pagamento do prêmio correspondente ao período de cobertura, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para o pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

17.3. 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.

17.4. 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.

17.4.1. Haverá um prazo de tolerância de 60 (sessenta) dias, durante o qual a falta de pagamento do prêmio não ensejará o imediato cancelamento do seguro.

17.4.1.1. Em caso de ocorrência de sinistro coberto nesse período, não haverá cobertura.

17.4.2. Em se mantendo a inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias contados a partir da data do primeiro vencimento do prêmio, o seguro será automaticamente cancelado.

17.4.2.1. Não será considerando para fins de contagem de prazo, data de vencimento que sejam prorrogadas, sempre será considerada para contagem do prazo citado no subitem 17.4.2. a data do primeiro vencimento gerado para parcela em atraso.

17.5. A seguradora enviará comunicado ao segurado, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato, 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.

17.6. O prazo limite para o pagamento do prêmio é a data de vencimento estipulada no documento de cobrança. Se esta data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente.

17.7. 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.

17.8. 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.

17.9. 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.

17.10. 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.

17.11. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o estipulante ou subestipulante não poderá interromper o recolhimento, salvo nos casos de cancelamento da apólice, de perda do vínculo empregatício ou por solicitação por escrito do segurado.

17.12. 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.

17.13. 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.

17.13.1. 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 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

17.14. Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate do Prêmio do Seguro.

18. CANCELAMENTO E SUSPENÇÃO DA COBERTURA

18.1. A Apólice de seguro pode ser rescindida 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.

18.2. Nos demais casos, o cancelamento da apólice somente se dará quando expirar seu prazo de vigência, ou por falta de pagamento, quando expirado o prazo de 60 (sessenta) dias no caso de Seguros contratados com vigência mínima de 1 (um) ano ou 2 (dois) dias para os casos de contratação inferior a 1 (um) ano.

18.3. No caso de rescisão 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.

18.4. 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.

18.4.1. 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.

18.5. A falta do pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela, até a data do vencimento, implicará o cancelamento do Seguro independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

18.5.1. No caso de pagamento mensal, configurada a falta de pagamento do prêmio na data indicada para o seu vencimento, independente do pagamento de parcelas subsequentes ou não, implicará na Suspensão Automática da Cobertura, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

18.5.2. O prazo de suspensão da cobertura será de 60 (sessenta) dias a contar das 24 (vinte e quatro) horas da data do vencimento da parcela do prêmio não pago. Após este período o seguro será cancelado automaticamente pela Seguradora, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

18.5.3. Os sinistros ocorridos durante o período de inadimplência descrita no subitem 18.1.2. anterior, não terão cobertura, sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a este período.

18.5.4. A reabilitação do Seguro se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado retomar o pagamento do prêmio, respondendo a sociedade seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

18.6. Nos casos da cobrança do prêmio por meio cartão de crédito, será responsabilidade do segurado manter os dados atualizados para lançamento da parcela para que não ocorra prejuízos à cobertura do seguro em caso de cancelamento ou validade expirada do cartão.

18.7. O Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência da Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

18.8. Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o financiamento.

18.9. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista, ou de qualquer uma de suas parcelas sem que o pagamento tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, desde que o respectivo prêmio seja quitado até data do vencimento.

18.10. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o Prêmio do Seguro recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

19. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

19.1. Nos seguros com vigência superior 12 (doze) meses, o valor do Capital Segurado e dos respectivos Prêmios (quando pagamento mensal) serão atualizado monetariamente pela variação positiva acumulada do IPCA/IBGE (índice de preços ao consumidor amplo apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou outro índice que venha a substituí-lo.

19.2. No caso de extinção do índice pactuado – IPCA/IBGE como índice de atualização de valores, a Seguradora utilizará o Índice Nacional de Preços ao Consumidor/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - INPC/IBGE.

20. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS

20.1. Os valores porventura devidos a título de devolução de prêmio pela Seguradora, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva acumulada do IPCA/IBGE (índice de preços ao consumidor amplo apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou outro índice que venha a substituí-lo., a partir da data em que se tornarem exigíveis.

20.2. No caso de extinção do índice pactuado – IPCA/IBGE como índice de atualização de valores, a Seguradora utilizará o Índice Nacional de Preços ao Consumidor/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - INPC/IBGE.

20.3. No caso de cancelamento do Seguro, os valores porventura devidos, serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

20.4. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores de que trata este item serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

20.5. Os valores das obrigações pecuniárias da Seguradora, em relação à liquidação do sinistro, sujeitam-se à atualização monetária pela positiva acumulada do IPCA/IBGE (índice de preços ao consumidor amplo apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou outro índice que venha a substituí-lo., a partir da data em que se tornarem exigíveis., acrescido de juros moratórios à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, na hipótese de não cumprimento do prazo previsto no item 21.3 para o pagamento da respectiva obrigação, observando-se que:

20.5.1. A atualização monetária será calculada com base no último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro.

20.5.2. Os juros moratórios serão devidos a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item 21.3.

20.6. As atualizações definidas nos itens 20.1 e 20.2, serão efetuadas 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.

21. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

21.1. Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA por meio dos canais existentes de comunicação informados no Certificado’.

21.2. Em seguida deverá ser encaminhada a documentação necessária relacionada nas Condições Especiais de acordo com a cobertura do seguro, juntamente com o formulário Aviso de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado e/ou Beneficiário. Esses documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.

21.3. Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta dias), contados da apresentação do último documento dentre aqueles solicitados pela seguradora, definidos nas Condições Especiais, no item “Documentos para Regulação dos Sinistros”.

21.3.1. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nestas Condições Gerais, no item “Documentos para Regulação dos Sinistros”, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 21.3 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

21.3.2. Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 21.3 e 21.3.1, a Seguradora pagará multa de 1% (um por cento) e juros de mora de 6% (seis por cento) ao ano, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva acumulada do IPCA/IBGE (índice de preços ao consumidor amplo apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou outro índice que venha a substituí-lo., a partir da data em que se tornarem exigíveis apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

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

21.3.2.2. Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora os eventuais encargos de tradução necessários para liquidação do sinistro.

21.3.2.2.1. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

21.4. Perícia da Seguradora

21.4.1. A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência da hospitalização nos termos destas Condições Gerais.

21.4.2. O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

21.4.3. Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e penais cabíveis.

21.5. Junta Médica

21.5.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade, 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.

21.5.1.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

22. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

22.1. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa ao final de vigência da cobertura individual ou quando do cancelamento do Seguro ou quando do falecimento do Segurado.

22.2. Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro também nas seguintes situações:

- a) Na indenização da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado;
- b) Por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito;
- c) Por inadimplência conforme descrito no item 14 - CANCELAMENTO E SUSPENÇÃO DA COBERTURA;
- d) Automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante a vigência do contrato;
- e) Automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado e/ou corretor de seguro no ato da contratação e/ou durante a vigência do seguro.

22.3. Os valores eventualmente devidos a títulos de devolução do prêmio sujeitam-se a atualização monetária pela variação do IPCA/IBGE, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

22.4. A Apólice e/ou Certificado de Seguro não poderão ser cancelados durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

23. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

23.1. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

23.2. 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.

23.2.1. 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.

23.3. O segurado perderá o direito ao pagamento do capital segurado em caso de inobservância das obrigações convencionadas nas condições deste seguro.

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

23.4.1. 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.

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

23.4.3. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

24. REGIME FINANCEIRO

24.1. 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.

24.2. O prêmio a ser restituído nas hipóteses do subitem anterior serão atualizados de IPCA/IBGE, ou outro índice que venha a substituí-lo.

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

26. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

27. FORO

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado, conforme estabelecido no item 15, Capital Segurado, das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto pelo Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais .

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

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

1.3. As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são os especificados no Certificado de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 21. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir.

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo comunicante (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- b) Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência do Segurado e do(s) beneficiário(s);

- c) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado for o condutor na ocasião do acidente;
- d) Autorização de pagamento de sinistro;
- e) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome de cada beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta;
- f) Certidão de Óbito;
- g) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;
- h) Declaração de Herdeiros informando os nomes de todos os herdeiros do Segurado, com assinatura do declarante herdeiro reconhecida em cartório por semelhança ou autenticidade;- Boletim de Ocorrência Policial (B.O.);
- i) Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- j) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- k) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- l) Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima.

5. RATIFICAÇÃO

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

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, nas hipóteses e graus estabelecidos na Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 1.10), proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, conforme estabelecido no item 15, Capital Segurado, das Condições Gerais, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.1.1. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

1.1.1.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

1.2. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de Invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará, ao próprio Segurado, uma indenização, **conforme Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente, anexa às presentes Condições Gerais.**

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

1.4. Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

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

1.6. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder a da indenização prevista para sua perda total.

1.7. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

1.8. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por acidente.

1.9. As indenizações previstas para as coberturas Básica de Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela cobertura Básica de Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

1.10. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

1.11. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).

1.12. Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

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	09
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	09
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---
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

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
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	06
menos de 3 (três) centímetros	sem pagamento

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são especificados no Certificado de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 16. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

4.1.1. No caso da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou Representante Legal (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- b) Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência em nome do Segurado;
- c) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado for o condutor na ocasião do acidente;
- d) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;
- e) Autorização de pagamento de sinistro;
- f) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta;

- g) Boletim de Ocorrência Policial (B.O.);
- h) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML), se houver;
- i) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).
- j) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

5. RATIFICAÇÃO

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

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, em caso da perda total ou impotência funcional definitiva total de membros ou órgãos, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, em consequência de acidente pessoal coberto, durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada a invalidez permanente total quando da alta médica definitiva, a sociedade 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.

1.3. Em caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, não caberá pagamento de indenização. Quando se tratar de lesões múltiplas, serão indenizados os casos em que o somatório dos graus de invalidez, determinados conforme Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente, seja igual ou superior a 100% (cem por cento).

1.3.1. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade.

1.3.1.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

1.4. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão que já não tinha sua capacidade plena antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

1.5. Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento da Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro será automaticamente cancelado.

1.6. A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos no item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, excluem-se também:

- a) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; e**
- b) **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.**

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são os especificados no Certificado de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

4.1.1. No caso da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou Representante Legal (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- b) Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência em nome do Segurado;
- c)

- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado for o condutor na ocasião do acidente;
- e) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;
- f) Autorização de pagamento de sinistro;- Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta;
- g) Boletim de Ocorrência Policial;
- h) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho, se houver;
- i) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML), se houver;
- j) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- k) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

5. CANCELAMENTO DA COBERTURA

O Certificado de seguro será cancelado automaticamente após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total.

6. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, até o valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.2. O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

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

1.4. A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser feitas mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

1.5. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado a tanto se negue.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos mencionados no item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) as despesas decorrentes de:

- a) Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

3. FRANQUIA

O valor da franquia quando houver, será estabelecido no Certificado de seguro, respeitando um máximo de 30% (trinta por cento) do valor do capital contratado.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. Os Capitais Segurados serão especificados no Certificado de Seguro.

4.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

5. CORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 16. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou Representante Legal (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- b) Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência em nome do Segurado;
- c) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado for o condutor na ocasião do acidente;
- d) Pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados;
- e) Autorização de pagamento de sinistro;
- f) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o

- primeiro titular da conta;
- g) Boletim de Ocorrência Policial (B.O.), se houver;
 - h) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho, se houver;
 - i) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML), se houver;
 - j) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
 - k) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores em que deve constar o nome do Segurado e nome do responsável pelo pagamento das despesas juntamente com os pedidos médicos dos procedimentos realizados. Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal original o procedimento realizado conforme tabela da A.M.B.;
 - l) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente detalhando a natureza da lesão e o tratamento realizado.

6. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL (DIT-AP)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante 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, de acordo com o valor de Capital Segurado contratado, observado o limite máximo de diárias estabelecidos no Certificado e o período de franquia, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais.

1.2. 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.

1.3. 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.

1.4. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.

1.5. 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.

1.5.1. A incapacidade decorrente de acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

1.6. As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos no item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, excluem-se também:

- a) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- d) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- e) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, 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 imunodeficiência 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, doença de parkinson, entre outras;
- 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
- r) Quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos no Certificado de Seguro

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

4. FRANQUIA

4.1. O período de Franquia será estabelecido no Certificado, 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).

4.2. 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.

5. 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.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro coberto cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 17. (Procedimentos em caso de Sinistros) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou Representante Legal (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- b) Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência em nome do Segurado;
- c) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- d) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;
- e) Autorização de pagamento de sinistro;
- f) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta;

- g) Boletim de Ocorrência Policial (B.O.), se houver;
- h) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho, se houver;
- i) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- j) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- k) 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;
- l) Relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
- m) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;
- n) Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- o) Exames médicos que estejam relacionados com o evento.

6.2. No caso da cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP), prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

7. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

7.1. 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.

7.2. 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.

8. 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 POR ACIDENTE PESSOAL (DIH-AP)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao próprio Segurado o pagamento de uma diária para cada dia de internação do segurado proporcional ao período de internação hospitalar, decorrentes exclusivamente de acidente pessoal coberto, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, observado o limite máximo de diárias estabelecidos no Certificado e o período de franquia, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições.

1.2. Estarão cobertas somente as internações hospitalares decorrentes de acidente pessoal ocorrido durante a vigência do Seguro, desde que iniciadas em até 30 (trinta) dias da data do acidente.

1.3. 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 Certificado de Seguro.

1.4. A indenização será devida em uma única vez somente após alta médica, para contabilização das diárias de internação.

1.5. As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos no item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, excluem-se também:

- a) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- b) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- c) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- d) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida (sida/aids);
- e) 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;
- f) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer, doença de parkinson, entre outras;
- g) 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;
- h) Transtornos mentais e psiquiátricos;
- i) Acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- j) Lesões que não requerem atenção médica;
- k) Internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);
- l) Cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- m) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- n) Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;
- o) Quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais;
- p) Tratamentos que possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório;

- q) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- r) Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- s) Estados de convalescença, após a alta médica; e
- t) 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.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos no Certificado de Seguro

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

4. FRANQUIA

4.1. O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite mínimo de 12 (doze) horas e máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data do início da internação hospitalar.

4.2. 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 internação hospitalar do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

5. 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.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18. (Procedimentos em caso de Sinistros) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou Representante Legal (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- b) Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência em nome do Segurado;
- c) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- d) Boletim de Ocorrência Policial (B.O.), se houver;

- e) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho, se houver;
- f) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;
- g) Autorização de pagamento de sinistro;
- h) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta;
- i) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- j) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- k) 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;
- l) 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;
- m) Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- n) Exames médicos que estejam relacionados com o evento.

6.1.1. No caso da cobertura de Diárias por Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIH-AP) prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

7. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

7.1. 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.

7.2. 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.

8. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Essa cobertura tem como objetivo garantir o reembolso dos gastos funerários até o limite da cobertura contratada, caso venha a ocorrer a morte do Segurado, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas das Condições.

1.1.1. A prestação de serviços ou o pagamento de reembolso de despesas com funeral não caracteriza o direito à cobertura de Morte Acidental como risco coberto pelo seguro. A indenização da cobertura de Morte Acidental estará sujeita a análise da documentação e demais circunstâncias da ocorrência do sinistro, respeitadas as demais cláusulas das Condições Gerais.

1.2. As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos definidos no item “Riscos Excluídos” das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Auxílio Funeral:

- a) **Cremação do Corpo fora do município de residência habitual do segurado;**
- b) **Transporte ou repatriamento para cremação ou sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil ou exterior.**

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta e serão especificados no Certificado.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da morte do segurado.

4. CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, 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

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

I. Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b) Exame(s) de diagnóstico de doença que causou o Óbito se houver;
- c) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome de quem arcou com as despesas do funeral.

II. Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência.
- c) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

III. Documento Original

- a) Relatório médico devidamente assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados;
- b) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, onde deve constar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas;

6. RATIFICAÇÃO

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