



ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

CONDIÇÕES GERAIS

PROCESSO SUSEP Nº 15414.622595/2023-69

BP Seguradora S/A. - CNPJ 50.180.527/0001-13 - Rua Rio de Janeiro, 1279, Lourdes -
Belo Horizonte - MG - CEP 30160-042 - Central de Atendimento: SAC: 0800 080 0158
Atendimento 24 horas Ouvidoria: 0800 000 4379 - E-mail: atendimento@bpseguradora.com.br

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO



PROCESSO SUSEP Nº15414.622595/2023-69

Dados de envio

Destinatário:

BP Seguradora S/A. (Regulação de Sinistros) Rua Rio de Janeiro, 1279, Lourdes Belo Horizonte – MG - CEP 30160 - 042.

Central de Atendimento:

SAC: 0800 080 0158
Atendimento 24 horas

Ouvidoria: 0800 000 4379
Atendimento de 2ª a 6ª feira das 08h às 17h

Sumário

1. Objetivo do Seguro	2
2. Definições	2
3. Coberturas do Seguro	6
4. Riscos Excluídos	13
5. Âmbito Geográfico da Cobertura	16
6. Carência.....	16
7. Franquia	16
8. Contratação do Seguro	17
9. Inclusão no Seguro e Aceitação do Seguro	17
10. Cobertura Suplementar para Segurados Dependentes	19
11. Vigência e Renovação do Seguro	20
12. Pagamento do Prêmio	20
13. Modalidades de Capital Segurado	22
14. Atualização do(s) Capital(is) Segurado(s) e Prêmio(s).....	22
15. Recálculo da (s) Taxa(s) do Seguro.....	22
16. Data do Evento e Reintegração do Capital Segurado	23
17. Beneficiário(s)	23
18. Comunicação e Liquidação de Sinistros	24
19. Opção Pela Prestação dos Serviços de Assistência Funeral	30
20. Perda do Direito à Indenização	31
21. Cancelamento do Seguro	33
22. Cessação da Cobertura Individual	33
23. Excedente Técnico	34
24. Obrigações do Estipulante	35
25. Regime Financeiro	36
26. Material de Divulgação	36
27. Mora	37
28. Foro	37
29. Tabela para Cálculo Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente	38

1 OBJETIVO DO SEGURO

1.1 O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), em caso de ocorrência, durante o período de vigência deste seguro, de algum dos eventos cobertos previstos nas coberturas contratadas, exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Gerais e Contratuais do Seguro.

2 DEFINIÇÕES

2.1 **Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez funcional permanente total ou parcial do Segurado, observando-se que:

2.1.1 Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) Os acidentes decorrentes da ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Os acidentes decorrentes de 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.

2.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) As doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as 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 microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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.

2.2 Âmbito Geográfico de Cobertura: é a delimitação física da(s) cobertura(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.3 Apólice: é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a celebração do Contrato de Seguro Coletivo.

2.4 Atividade Laborativa Principal: é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido no Contrato.

2.5 Beneficiário: é a pessoa designada pelo Segurado para receber a indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado. O Segurado poderá designar, caso não exista impedimento legal, mais de um Beneficiário. No caso do reembolso da cobertura de Auxílio Funeral (AUX) o beneficiário será aquele que comprovar o pagamento das despesas com o funeral.

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

2.7 Cancelamento: Título de cláusula constante das Condições Gerais dos seguros, que regula a rescisão do contrato, quer pelo Segurado, quer pela Seguradora.

2.8 Capital Segurado: é a importância máxima a ser paga ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

2.9 Carência: é o período contínuo de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado não terá direito à integralidade da(s) cobertura(s) contratual(is), sendo inexistente em caso de acidente pessoal.

2.10 Certificado Individual: é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação ou renovação do Seguro, informa o prazo de vigência da cobertura individual, o valor do Capital Segurado e o prêmio total do Seguro. O envio do Certificado poderá ser realizado por meios remotos.

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

2.12 Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice e do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

2.13 Condições Gerais: são as cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo os direitos e deveres do Segurado, da Seguradora, dos Beneficiários e do Estipulante.

2.14 Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

2.15 Consignante: é a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento, em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios a serem pagos pelos segurados.

2.16 Declaração Pessoal de Saúde e Atividades: é o questionário, integrante da Proposta de Adesão, que deverá ser respondido de próprio punho pelo Proponente, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado, bem como sua principal ocupação e/ou atividade e profissão.

2.17 Diária Segurada: é a importância a ser paga ao Segurado em função do valor estabelecido para as coberturas adicionais de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias por Convalescença (DCON) e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), vigente na data do evento.

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

2.19 Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes: são as doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem 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, e que não tenha sido declarada na Declaração Pessoal de Saúde e Atividades.

2.20 Estipulante: é a pessoa natural ou jurídica que administra a Apólice e representa os segurados perante a Seguradora, tendo suas obrigações definidas nas Condições Gerais do Seguro.

2.21 Evento Coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) cobertura(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.22 Excedente Técnico: é saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice Coletiva, em determinado período.

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

2.24 Grupo Segurado: é constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido

aceitos como Segurados, desde que já tenha iniciado a vigência da cobertura individual.

2.25 Grupo Segurável: é o conjunto de pessoas que mantém vínculo com o Estipulante.

2.26 Hospital/Clínica: é o estabelecimento legalmente autorizado para funcionar como tal e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) médico e 1 (um) enfermeiro diplomado, possuindo serviço de enfermagem, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas do dia.

2.27 Indenização: é o valor devido pela Seguradora, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), correspondente ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado.

2.28 Internação Hospitalar: para fins deste Seguro, caracteriza-se como o período de tempo mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança pelo hospital/clínica de uma Diária Hospitalar. Em casos de hospitais gratuitos, deverá ser apresentada a documentação que comprove a internação hospitalar.

2.29 Liquidação do Sinistro: é o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.

2.30 Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina.

Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

2.31 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 Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) e Diárias por Convalescença (DCON). Os períodos de afastamento indenizados não poderão superar o limite do período indenizável.

2.32 Prêmio: é o valor que o Segurado Principal e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assumam a responsabilidade pela(s) cobertura(s) contratada(s).

2.33 Proponente: é a pessoa que propõe sua adesão ao Seguro e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

2.34 Proposta de Adesão: é o instrumento mediante o qual o Proponente expressa a intenção de participar do Seguro, especificando seus dados cadastrais, respondendo à Declaração Pessoal de Saúde e Atividades e manifestando pleno conhecimento e concordância com as regras estabelecidas nas respectivas Condições Contratuais.

2.35 Proposta de Contratação: é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar o

Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

2.36 Regime Financeiro de Repartição Simples: é aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações neste mesmo período.

2.37 Reintegração do Capital Segurado: é a recomposição do Capital Segurado após a liquidação do sinistro.

2.38 Riscos Excluídos: são eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

2.39 Segurado: é o Proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.

2.40 Seguradora: é a empresa, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

2.41 Serviço de Assistência Funeral: são os procedimentos necessários à realização do funeral e traslado do corpo do Segurado, dentre outros, obedecido os limites e as condições estabelecidas nas Condições Contratuais, no caso de opção pela prestação de serviço da cobertura de Auxílio Funeral (AUX).

2.42 Sinistro: é a ocorrência de um evento coberto previsto contratualmente.

2.43 Vigência do Seguro: é o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.

2.44 Vigência da Cobertura Individual: é o período em que o Segurado está coberto pela(s) cobertura(s) deste Seguro.

3 COBERTURAS DO SEGURO

3.1 As coberturas do Seguro dividem-se em básicas e adicionais, sendo que o Seguro não pode ser contratado sem pelo menos uma das coberturas básicas.

3.2 Coberturas Básicas:

3.2.1 Morte Acidental (MA): é a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) em caso de morte do Segurado, ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do Seguro.

a) 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, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

a.1) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e

a.2) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

b) O(s) Beneficiário(s) não terão direito à Indenização caso o Segurado se suicide nos dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso.

c) A Indenização por Morte Acidental (MA) e Invalidez Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam. Se depois de paga a Indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da Indenização por Morte Acidental deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

3.2.2 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): é a cobertura que garante o pagamento de uma Indenização ao próprio Segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste Seguro.

a) 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 por Acidente, anexa às presentes Condições Gerais.

b) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução 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).

c) Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado.

d) Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a da indenização prevista para sua perda total.

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

f) A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

f.1) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou asse-

melhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta cobertura.

g) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

h) Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez permanente total por acidente, ou seja, uma invalidez avaliada em um grau de 100%, o Seguro será automaticamente cancelado.

i) 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).

3.2.3 Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): é a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao próprio Segurado, relativa à perda ou a impotência funcional definitiva total de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste Seguro.

a) Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente, serão indenizados exclusivamente os casos de invalidez permanente que seguem:

- a.1) A perda total da visão de ambos os olhos;
- a.2) A perda total do uso de ambos os membros superiores;
- a.3) A perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- a.4) A perda total do uso de ambas as mãos;
- a.5) A perda total do uso de um membro superior e um inferior;
- a.6) A perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- a.7) A perda total do uso de ambos os pés; e
- a.8) A alienação mental total incurável.
- a.9) Nefrectomia Bilateral.

b) 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).

c) O limite para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) será sempre igual ao Capital Segurado contratado.

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

e) A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

e.1) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou semelhantes, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que se trata esta cobertura.

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

g) 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).

3.3 Coberturas Adicionais: A contratação de quaisquer coberturas a seguir está condicionada a contratação de pelo menos uma das coberturas básicas mencionadas no item 3.2, observadas ainda as disposições constantes na descrição de cada cobertura.

3.3.1 Auxílio Funeral (AUX): Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o reembolso de despesas ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, a critério do beneficiário, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado, seja por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, nas Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

a) A opção pela utilização da prestação de serviço de Assistência Funeral deve ser feita mediante solicitação expressa do beneficiário.

b) O Beneficiário que optar por utilizar a prestação de serviços de Assistência Funeral, não terá qualquer direito a reembolso posterior.

c) Os eventos / serviços abrangidos pela cobertura de Auxílio Funeral (AUX) ou Serviço de Assistência, conforme opção do beneficiário, estão dispostos abaixo:

c.1) Atendimento Social: Na ocorrência do óbito do Segurado, após a liberação do corpo pelos órgãos competentes e de acordo com os eventos cobertos, a família ou responsável deverá entrar em contato com a funerária de sua escolha, no caso de opção por reembolso. Quando da opção pela prestação de serviço, a Seguradora deverá ser contatada, que após conferir as informações, comunicará a funerária credenciada ou autorizada no município, para que seja providenciado tudo que for necessário para a execução do funeral. O acompanhamento de um membro da família será solicitado, caso a legislação local exija.

c.2) Transporte de Familiar para a Liberação do Corpo: No caso de falecimento do Segurado fora de seu município de residência e havendo a necessidade de um membro da família para liberação do corpo, quando da opção pela prestação do serviço a Seguradora fornecerá um meio

de transporte mais apropriado, a seu critério. A Seguradora também fornecerá hospedagem em hotel, a seu critério, por um período mínimo necessário para a liberação do corpo, desde que não ultrapasse o limite preestabelecido para a prestação dos serviços de funeral. Qualquer importância monetária que ultrapassar este limite será de responsabilidade da família e/ou responsável pelo Segurado. Quando da opção por reembolso, esta despesa será ressarcida mediante comprovação e respeitado o Capital Segurado contratado.

c.3) Funeral: Composto pelos seguintes itens, de acordo com o limite de despesas fixado:

- I. Urna;
- II. Higienização básica e ornamentação do corpo (com flores da estação);
- III. Coroa de flores da estação;
- IV. Véu;
- V. Paramentos e velas (cavaletes, castiçais e cristo (conforme região) disponibilizados quando necessário e permitido pela família);
- VI. Carro fúnebre para remoção dentro do município;
- VII. Registro em cartório, quando autorizado pela legislação local;
- VIII. Livro de presença (conforme disponibilidade local);
- IX. Locação de sala para velório em capelas municipais ou particulares;
- X. Taxas de sepultamento em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente ou cremação;
- XI. Locação de jazigo (por 3 anos) em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente, quando necessário e disponível na cidade.

Em caso de opção pela prestação de serviços, todos os itens acima serão disponibilizados conforme infraestrutura local. Não caberá à Seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou sejam comercializados em determinadas praças.

c.4) Cremação: Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que exista o serviço de cremação num raio máximo de 100 km (cem quilômetros), e o posterior retorno das cinzas aos familiares.

c.5) Sepultamento: Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal ou outro cemitério, na cidade indicada por esta.

c.6) Traslado: No caso de falecimento do Segurado fora de seu município de residência, em território nacional, traslado da cidade onde ocorrer o óbito até o local de domicílio do Segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.

c.7) Transmissão de Mensagens Urgentes: Na ocorrência do óbito, de acordo com os eventos

previstos, transmissão para a família do Segurado ou pessoas indicadas por esta, mensagens urgentes sobre o acontecimento.

d) Na hipótese de os valores excederem o limite de Capital Segurado, a diferença será de responsabilidade dos familiares do Segurado.

3.3.2 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada): é a cobertura que garante o pagamento de uma Indenização ao próprio Segurado, relativo à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste seguro.

a) A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada) consiste na elevação do percentual previsto de cálculo para pagamento da Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), para um percentual de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado.

b) A indicação dos membros majorados será feita no Contrato de Seguro e ratificado na Apólice. Poderão ser majoradas, no máximo, 4 (quatro) lesões.

c) A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada) somente poderá ser contratada juntamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

d) Caso seja devido o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada), o mesmo será somado ao Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

e) Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez permanente total por acidente, ou seja, uma invalidez avaliada em um grau de 100%, o Seguro será automaticamente cancelado.

3.3.3 Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA): é a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao Beneficiário, referente às despesas efetuadas com a rescisão do contrato de trabalho, desde que devidamente comprovadas, em decorrência do evento Morte Acidental do Segurado, ocorrido durante a vigência do Seguro.

a) O Beneficiário será o Estipulante da Apólice, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do Segurado.

b) Não serão cobertos os falecimentos em decorrência de acidentes de trabalho, salvo se o Estipulante comprovar a isenção de culpabilidade direta ou indireta.

c) O valor da indenização será limitado ao Capital Segurado contratado, independentemente do valor total das verbas rescisórias em função do falecimento do Segurado.

3.3.4 Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO): é a cobertura que garante o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente. A Seguradora indenizará, por evento, as despesas médicas e odontológicas, bem como diárias hospitalares, incluídas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado, até o valor contratado para a referida cobertura.

a) Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

a.1) Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes; e

a.2) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

b) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

3.3.5 Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA): é a cobertura que garante o pagamento de uma Diária Segurada ao próprio Segurado, de acordo com o valor contratado e constante nas Condições Contratuais, para cada dia de internação hospitalar desse. Estarão cobertas somente as internações hospitalares decorrentes de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do Seguro, desde que iniciadas em até 30 (trinta) dias da data do acidente.

a) A quantidade de diárias contratadas será definida nas Condições Contratuais e é limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitado o prazo de franquia de 1 (um) dia, conforme estabelecido no item de franquia.

a.1) A contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.

b) Caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme definido no item 18.17.

3.3.6 Diárias por Convalescença (DCON): é a cobertura que garante o pagamento de uma Diária Segurada ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante nas Condições Contratuais, para cada dia de internação hospitalar do mesmo, em consequência de doença ou de acidente pessoal. O valor a ser indenizado corresponderá, após a alta hospitalar, a 50% (cinquenta por cento) do valor indenizado pela cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

a) A contratação desta cobertura está condicionada à contratação das coberturas de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

3.3.7 Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA): é a cobertura que garante o pagamento de uma Diária Segurada ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante

nas Condições Contratuais, em função da impossibilidade contínua e ininterrupta, ocasionada pelo evento acidente pessoal, do mesmo em exercer sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontra sob tratamento médico, observado o número de diárias contratadas, que será definido nas Condições Contratuais, e é limitado a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

a) As Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) são devidas a partir do primeiro dia após o término do período de franquia, a ser estabelecido em Contrato, sendo este de no máximo 30 (trinta) dias.

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

3.3.8 Despesas Diversas por Acidente (DDA): Esta cobertura, garante ao(s) Beneficiários o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de Morte Acidental do Segurado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

a) A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte Acidental (MA), e a ela se vinculado, de forma que somente será devida a Indenização se caracterizado evento coberto pelas Coberturas de Morte Acidental (MA).

3.3.9 Cobertura de AUXÍLIO PET (AUXPET): é a cobertura que garante o pagamento de um valor Mensal, ao Segurado ou a tutor substituto indicado pelo segurado na apólice, de acordo com o valor e o período contratado e constante nas Condições Contratuais, em função da impossibilidade contínua e ininterrupta, do segurado estar internado sem condições de cuidar do seu PET, o número máximo de meses contratados será de 12 meses.

3.3.10 Bônus por Nascimento de Filho (NAT): é a cobertura que garante o pagamento de um valor, ao Segurado, de acordo com o valor e o período contratado e constante nas Condições Contratuais, em função do nascimento de um filho para auxiliar nas despesas com a criança, o valor pode ser pago em uma vez ou em até 12 meses, começando 30 dias após o aviso e a documentação comprobatória entregue e de acordo.

3.3.11 Cobertura de Despesas Diversas (DD): é a cobertura que garante o pagamento de um valor, ao(s) beneficiário(s), de acordo com o valor e o período contratado e constante nas Condições Contratuais, em função de morte do segurado para auxiliar nas despesas com alimentação, moradia, transporte e outras despesas recorrentes o valor pode ser pago em até 24 meses subsequentes, conforme expressamente contratado na apólice.

4 RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

4.1.1 De qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, Lesão por Trauma Continuado (LTC), 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.

4.1.2 De perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

4.1.3 De ato ilícito doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro; e no caso de seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes.

4.1.4 Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes.

4.1.5 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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes.

4.1.6 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.

4.1.7 De atos terroristas.

4.1.8 Do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura individual.

4.1.9 De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.

4.1.10 De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.

4.1.11 De epidemias e pandemias declaradas por órgão competente.

4.1.12 De choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto.

4.1.13 Do parto ou aborto e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.

4.1.14 De hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, desde que não decorrente de

um acidente pessoal coberto.

4.1.15 Os riscos excluídos previstos nos itens 4.1.5 e 4.1.9 não se aplicam aos casos em que o acidente pessoal sofrido pelo Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4.2 Estão expressamente excluídas de todas as coberturas do Seguro, mesmo que resultantes de acidente pessoal, as internações hospitalares e/ou incapacidades decorrentes de:

4.2.1 Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia).

4.2.2 Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro.

4.2.3 Tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo).

4.2.4 Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica.

4.2.5 Tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências.

4.2.6 Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos.

4.2.7 Qualquer tipo de exame ou check-up preventivo.

4.2.8 Tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências.

4.2.9 Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal.

4.2.10 Tratamento cirúrgico da obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química e suas consequências.

4.2.11 Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas.

4.2.12 Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia.

4.2.13 Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas.

4.2.14 Internação domiciliar.

4.2.15 Procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório.

4.2.16 Investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação.

4.3 A cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) se destina a cobrir a incapacidade de caráter aguda e temporária ocasionada pelo evento acidente pessoal durante

a vigência do Seguro. Assim, estão expressamente excluídas desta cobertura as incapacidades resultantes, direta ou indiretamente de:

4.3.1 Doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à contratação deste Seguro, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.

4.3.2 De Doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado.

4.3.3 De Doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído “burnout”, e depressão, mesmo que ocasionadas por acidente pessoal.

4.3.4 Tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências.

4.3.5 De Gravidez, parto e/ou aborto e suas consequências, desde que não decorrentes de acidente pessoal.

4.3.6 Tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências.

4.3.7 Tratamento clínico ou cirúrgico de hallux valgus (joanete).

4.3.8 Todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral.

4.3.9 Afastamentos relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorroidas.

4.3.10 Períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses.

4.3.11 Afastamento para tratamento cirúrgico de lesões ligamentares, articulares e ósseas dos joelhos, exceto se ocasionado por acidente pessoal coberto.

4.3.12 Afastamentos por motivo de bronquite crônica, diabetes, hepatites crônicas e suas consequências.

4.3.13 Tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências.

4.3.14 Cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências.

5 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1 As abrangências das Coberturas previstas nestas Condições Gerais se aplicam:

5.1.1 Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA) e Despesas Diversas por Acidente (DDA): para eventos cobertos ocorridos em qualquer local do Globo terrestre.

5.1.2 Auxílio Funeral por Acidente (AUX), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias por Convalescença (DCON) e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA): para eventos cobertos ocorridos dentro do território nacional.

6 CARÊNCIA

6.1 Não haverá a incidência de carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para o caso de suicídio que deverá ser respeitada uma carência de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

7 FRANQUIA

7.1 A coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) está sujeita à franquia que será definida na apólice e na Proposta de Adesão e será contada, para cada evento, a partir da data de afastamento do Segurado da sua atividade profissional ou ocupação. Durante este período o Segurado não terá direito à cobertura contratada. O período da franquia nunca será superior a 30 (trinta) dias.

7.2 As coberturas de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) e Diárias por Convalescença (DCON) estão sujeitas à franquia de 1 (um dia), ou seja, somente estarão cobertas pelo Seguro as internações hospitalares efetivadas a partir, inclusive, do segundo dia da respectiva internação hospitalar.

8 CONTRATAÇÃO DO SEGURO

8.1 O Seguro deverá ser contratado mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação, podendo ser esta por meios eletrônicos conforme a determinação de legislação em vigor, pelo Proponente Estipulante, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros.

8.2 Recebida Proposta de Contratação pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa

da Proposta de Contratação por escrito ao Proponente Estipulante, o Seguro considera-se aceito.

8.2.1 Não serão recepcionadas Propostas de Contratação com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

8.2.2 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise da Proposta de Contratação e/ou Risco.

8.3 A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar do Proponente Estipulante, apenas uma vez, a documentação que achar necessária. Nestes casos, o prazo previsto no item 8.2 destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

8.4 A não aceitação da Proposta de Contratação será comunicada ao Proponente Estipulante por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, conseqüentemente, cancelamento da Proposta de Contratação.

8.5 Após a aceitação da Proposta de Contratação a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro, em nome do Estipulante, com a indicação das coberturas contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao Seguro contratado.

9 INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1 A inclusão de possíveis segurados principais é feita por adesão ao Seguro, conforme especificado no Contrato de Seguro:

9.1.1 Adesão compulsória, quando o Seguro vier a abranger todo o grupo segurável; ou

9.1.2 Adesão facultativa, quando o Seguro vier a abranger somente os componentes do grupo segurável que desejarem ingressar na Apólice.

9.2 Poderão ser incluídos no Seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

9.2.1 A celebração ou alteração do Contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante Proposta assinada pelo Proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado.

9.2.2 Na Proposta de Adesão constará uma cláusula na qual os proponentes declaram ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais do Seguro.

9.3 A critério da Seguradora, poderão ser aceitos, após análise da Proposta de Adesão, os componentes do grupo segurável que satisfizerem as Condições estabelecidas no Contrato assinado com o Estipulante.

9.4 Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Adesão por escrito ao Proponente, o Seguro considera-se aceito.

9.4.1 Não serão recepcionadas Propostas de Adesão com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

9.4.2 Caberá à Seguradora fornecer ao Proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

9.5 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco e da Proposta de Adesão.

9.6 A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar, uma única vez, que o Proponente apresente laudos médicos e/ou exames médico/laboratoriais e/ou se submeta à realização de exames médico/laboratoriais por profissionais por ela indicados. Nestes casos, o prazo previsto no item 9.4 destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

9.7 A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada ao proponente por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, conseqüentemente, cancelamento da Proposta de Adesão.

9.8 Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de Proposta de Adesão.

9.9 A cada Segurado incluído no Seguro será enviado um Certificado Individual. O envio do Certificado poderá ser realizado por meios remotos.

9.10 O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

10 COBERTURA SUPLEMENTAR PARA SEGURADOS DEPENDENTES

10.1 Quando previsto no Contrato de Seguro, poderão ser incluídos no Seguro, como segurados dependentes, os cônjuges, filhos, pais, mães, sogros e sogras do Segurado Principal.

10.2 Conforme especificado no Contrato de Seguro, a inclusão de dependentes no Seguro poderá ser feita das seguintes formas:

10.2.1 Adesão Automática, quando abranger os dependentes de todos os segurados principais; ou

10.2.2 Adesão Facultativa, quando abranger os dependentes dos segurados principais que assim o autorizarem.

- a) A inclusão dos pais, mães, sogros e sogras deve ser feita apenas de forma facultativa.
- b) Na contratação de forma facultativa, o segurado principal deverá fornecer, obrigatória-

mente, informações sobre o segurado dependente como o nome completo, número único de identificação e grau de parentesco, no mínimo.

10.3 Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos segurados principais, se ao tempo do Contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

10.4 Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal.

10.5 Quando ambos os cônjuges forem segurados principais do mesmo grupo segurado, os filhos poderão ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal.

10.6 O Capital Segurado do cônjuge, dos pais, das mães, dos sogros e das sogras não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato de Seguro.

10.7 O Capital Segurado dos filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato de Seguro.

10.7.1 Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado Principal ou Dependente.

10.8 Os prêmios relativos aos segurados dependentes serão pagos pelo Segurado Principal junto com os prêmios de suas próprias coberturas.

10.9 As condições para cessação da cobertura individual dos segurados dependentes estão definidas no item 22.10 destas Condições Gerais.

11 VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

11.1 A vigência da Apólice, bem como a vigência das coberturas individuais, serão especificadas no Contrato de Seguro.

11.1.1 O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão ou de outra data acordada entre a Seguradora e o Estipulante, sendo esta ratificada no Contrato de Seguro e no Certificado Individual.

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

11.1.3 O presente Seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos do Contrato de Seguro.

11.2 A renovação da Apólice, que não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, poderá ser realizada por intermédio do Estipulante.

11.2.1 A renovação automática do Seguro poderá ser feita uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.

11.2.2 A renovação automática não se aplica para os casos em que o Estipulante comunique o desinteresse na renovação, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.

11.3 Quando da renovação da Apólice ou durante a vigência do Seguro, qualquer modificação ocorrida na Apólice, deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Estipulante ou de seu representante legal, ratificada pelo correspondente endosso, sendo que se essa alteração implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, dependerá de anuência, prévia e expressa, de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

a) A Seguradora terá 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a renovação do Seguro ou modificação do risco.

11.4 O desinteresse pela renovação da Apólice, ao fim do período de vigência, deverá ser comunicado pela Seguradora ou pelo Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência, salvo disposição contrária constante do Contrato de Seguro.

11.5 Será emitido e enviado Certificado Individual aos segurados no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes do Seguro. O envio do Certificado poderá ser realizado por meios remotos.

12 PAGAMENTO DO PRÊMIO

12.1 O custeio do Seguro poderá ser:

12.1.1 Contributário, em que os segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente; ou

12.1.2 Não contributário, em que os segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago pelo Estipulante.

12.2 O prêmio do Seguro poderá ser pago nas formas à vista, mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral e anual, não havendo incidência de juros sobre as mesmas, sendo apurado mediante a simples divisão do prêmio anual pelo número de parcelas acordadas.

12.3 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 no Contrato de Seguro. O não repasse à Seguradora de

prêmios recolhidos pelo Estipulante não prejudicará o Segurado.

12.4 É expressamente vedado ao Estipulante e à Seguradora 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. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

12.5 Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do Segurado por escrito.

12.6 Quando a data limite para pagamento do prêmio coincidir com feriado bancário ou final de semana, o pagamento poderá ser efetuado, sem atualização e os juros previstos no item 12.8, no primeiro dia útil subsequente.

12.7 Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

12.8 Os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez, atualizados pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data do vencimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento, e acrescidos ainda de juros de 4% a.a. (quatro por cento ao ano).

12.8.1 Após dois prêmios, consecutivos ou alternados, devidos e não pagos, o Seguro será cancelado, conforme previsto no item 21.1.

12.9 Os tributos incidentes sobre a contratação do Seguro serão recolhidos na forma da Lei.

13 MODALIDADES DE CAPITAL SEGURADO

13.1 Na contratação do Seguro, deverá ser escolhida uma das modalidades de Capital Segurado, apresentadas abaixo:

13.1.1 Uniforme: O Capital Segurado é igual para todos os Segurados.

13.1.2 Múltiplo Salarial: O Capital Segurado é resultante da multiplicação do salário mensal do Segurado pelo fator contratado.

13.1.3 Livre Escolha ou Variado: Consiste na escolha do Capital Segurado pelo Estipulante ou pelo próprio Segurado, no ato da assinatura da Proposta de Contratação e/ou Adesão.

14 ATUALIZAÇÃO DO(S) CAPITAL(IS) SEGURADO(S) E PRÊMIO(S)

14.1.1 O(s) Capital(is) Segurado(s) e o(s) prêmio(s) será(ão) atualizado(s) a cada aniversário do Seguro com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

14.1.2 Nas apólices de Seguro onde os Capitais Segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão recalculados conforme a variação dos salários, no momento em que o Estipulante comunicar à Seguradora.

14.2 Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

14.3 Caso o Segurado deseje aumentar espontaneamente o(s) seu(s) Capital(is) Segurado(s), a parcela do aumento estará sujeita a subscrição de uma nova Proposta de Adesão. Para tanto, a parcela do referido aumento será considerada como um Seguro Novo, cuja aprovação dependerá de prévia apreciação por parte da Seguradora.

14.4 A atualização monetária não se aplica às apólices com vigência inferior a um ano.

14.5 Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) até a data de ocorrência do sinistro, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

15 RECÁLCULO DA (S) TAXA(S) DO SEGURO

15.1 A Seguradora efetuará reavaliações anuais, na data estabelecida no Contrato de Seguro, da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da Apólice e nos prêmios efetivamente recebidos.

15.1.1 Havendo necessidade de ajustes, a taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da Apólice, desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da Apólice e observando o

disposto no item 11.3.

15.2 Alterações em periodicidades diferentes poderão ser feitas desde que previstas nas Condições Contratuais do Seguro.

16 DATA DO EVENTO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

16.1 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, para todas as coberturas do Seguro, a data do acidente.

16.2 O Capital Segurado das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada) somente serão reintegradas em caso de invalidez parcial, e a reintegração será automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

16.2.1 Em caso de invalidez permanente total por acidente, não haverá reintegração do Capital Segurado relativo às coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e o Seguro será automaticamente cancelado.

16.2.2 A reintegração do Capital Segurado relativo às coberturas adicionais de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), de Diárias por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias por Convalescença (DCON) e Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

17 BENEFICIÁRIO(S)

17.1 O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.

17.1.1 O Beneficiário dos Segurados dependentes será o Segurado titular, exceto se houver, por parte do dependente, indicação expressa na proposta de adesão ou solicitação formal preenchida e assinada pelo Segurado dependente.

17.1.2 Na falta de indicação do Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

17.1.3 Na falta de indicação de beneficiários será observada a gradação legal.

17.1.4 Uma pessoa jurídica só poderá ser Beneficiário do Seguro se comprovado o legítimo in-

teresse para a mesma figurar nessa condição.

17.2 No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), o próprio Segurado será o Beneficiário.

17.3 Para a cobertura de Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), o Beneficiário será o Estipulante da Apólice, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do Segurado, comprovados o vínculo empregatício e as despesas rescisórias.

17.4 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), serão pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

17.5 Para a cobertura de Auxílio Funeral (AUX), quando o(s) Beneficiário(s) optar(em) pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, a Seguradora, providenciará os mesmos, conforme disposto no item 19. Neste caso, o(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito ao reembolso de despesas com funeral.

17.6 Na cobertura de Auxílio Funeral (AUX), em caso de opção pelo reembolso de despesas, o beneficiário será o responsável pelo pagamento das despesas com o funeral.

18 COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

18.1 Em caso de sinistro, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro a ser fornecido pela Seguradora, e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados no item 18.4.

18.2 Na cobertura de Auxílio Funeral (AUX), tendo sido feita opção pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, o(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito ao reembolso de despesas com funeral.

18.3 O prazo para pagamento da indenização, por parte da Seguradora, é limitado a 30 (trinta) dias contados a partir da entrega, pelo Segurado ou Beneficiário, da documentação básica necessária para a regulação do sinistro, definida no item 18.4 destas Condições Gerais.

18.3.1 Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar nova documentação. Neste caso, a contagem do prazo para o pagamento da indenização será suspensa e voltará a

correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências solicitadas.

18.4 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

18.4.1 Em caso de morte accidental:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo seu preposto/Beneficiário;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- f) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
- g) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- h) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;
- i) Declaração de filhos firmada em cartório e assinada por duas testemunhas, informando quantos e quais são os filhos do segurado, se os filhos forem beneficiários;
- j) Cópia do Comprovante de Residência do Segurado;
- k) Documentos do(s) Beneficiário(s):
 - k.1) Cópia do comprovante de residência do Beneficiário, independentemente de qual seja o beneficiário descrito nos itens abaixo;
 - k.2) Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada com a averbação do óbito, Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento;
 - k.3) Companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento, Formulário de autorização de pagamento;
 - k.4) Filhos: Certidão de nascimento ou cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento;
 - k.5) Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização e pagamento; e
 - k.6) Beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito.
 - k.7) Declaração de únicos Herdeiros: Caso o Segurado não tenha indicado seus benefi-

ciários, em conjunto com a documentação de regulação de sinistros, deverá ser encaminhada a declaração de únicos herdeiros juntamente documentação dos respectivos beneficiários.

l) Se contratada a cobertura de Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), será necessária a apresentação dos seguintes documentos:

l.1) Cópia autenticada do Contrato de Trabalho firmado entre o Segurado e o Estipulante;

l.2) Cópia autenticada da carteira de Trabalho atualizada;

l.3) Comprovante de pagamento do salário do mês da ocorrência do óbito;

l.4) Cópia autenticada do termo de rescisão do Contrato de Trabalho; e

l.5) Cópia da GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à

Previdência Social) do mês da ocorrência do óbito;

m) Se contratada a cobertura de Auxílio Funeral (AUX), além dos documentos listados nas alíneas “a)” até “k)”, será necessária a apresentação dos seguintes documentos:

m.1) Reembolso de Despesas com Funeral:

o Originais dos comprovantes das despesas com Funeral; o Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPD, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do custeador das despesas com funeral;

o Se o custeador for Pessoa Jurídica, encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social, em caso de termo de Cessão à empresa.

m.2) Reembolso de Despesas com Locação de Jazigo:

o Cópia do Contrato de locação do Jazigo;

o Originais dos comprovantes das despesas com locação do jazigo; o Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do responsável pela compra do jazigo.

m.3) Reembolso de Despesas com Repatriamento do Corpo:

o Cópia autenticada do documento oficial comprobatório do repatriamento do corpo;

o Originais dos comprovantes das despesas com o repatriamento do corpo;

o Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do custeador das despesas com funeral.

o Se o custeador for Pessoa Jurídica, encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à

empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social, em caso de termo de Cessão à empresa.

n) Para menores de 14 anos, somente está previsto o reembolso de despesas com funeral não estando previsto o reembolso de despesas com locação ou compra de jazigo ou repatriamento do corpo.

o) A documentação informada acima é básica, podendo ser solicitados outros documentos complementares.

18.4.2 Em caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente:

a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado;

b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez;

c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

d) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

f) Cópia do boletim de pronto atendimento hospitalar;

g) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

h) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;

i) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e

j) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

18.4.3 Em caso de diárias de incapacidade temporária por acidente:

a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado;

b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;

c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

d) O atestado de médico habilitado, em formulário a ser fornecido pela Seguradora, indicando o prazo de duração previsto em função da incapacidade adquirida pelo Segurado;

e) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;

f) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do

Segurado;

- g) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.
- h) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- i) Formulário de comprovação de Acidente de Trabalho e/ou Acidente

Pessoal, caso houver;

- j) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- k) Documentos de baixa hospitalar expedido pela administração do hospital (em caso de internação para realização de cirurgia); e
- l) Cópia autenticada do comprovante de renda, se profissional autônomo enviar a declaração do imposto de renda e/ou declaração do contador, se profissional com vínculo empregatício enviar o contracheque;

18.4.4 Em caso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- e) Recibos originais de pagamentos efetuados aos prestadores de serviços médico-hospitalares;
- f) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;
- g) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- h) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

18.4.5 Em caso de diárias por internação hospitalar decorrente de acidente pessoal:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu preposto/Beneficiário;
- b) Cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) Documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;
- d) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;

e) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;

f) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e

g) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

18.5 Para a cobertura de Recisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), a indenização será paga ao Estipulante da Apólice, desde que comprovado o vínculo empregatício com o Segurado na data do sinistro.

18.6 Para as coberturas de diárias por internação hospitalar, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no Formulário de Aviso de Sinistro e nos comprovantes de internação hospitalar.

18.7 Caso o Segurado esteja internado na data de vencimento do prêmio do Seguro, a cobertura dar-se-á até a sua alta hospitalar, observando o limite de diárias do Seguro, sendo os prêmios em atraso cobrados posteriormente conforme previsto no item 12.8.

18.8 Em caso de sinistro ocorrido em até 30 (trinta) dias do 2º (segundo) prêmio não pago, o Capital Segurado será pago deduzido dos prêmios devidos, calculados conforme previsto no item 12.8.

18.9 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

18.10 No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

18.10.1 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 Capital Segurado contratado, atualizado monetariamente.

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

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

18.13 O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado vigente na data do evento.

18.13.1 Caso o pagamento não seja efetuado no prazo previsto no item 18.3, deverá ser observado o disposto no item 27.1.

18.13.2 O não pagamento da indenização no prazo previsto no item 18.3 implicará na apli-

cação de juros moratórios a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização.

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

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

18.14.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Sociedade Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

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

18.14.3 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.

18.14.4 Possuindo o Segurado mais de um Seguro, nesta ou em outra Seguradora, garantindo o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual à importância obtida pelo rateio total dos gastos efetuados pelo Segurado proporcionalmente aos limites Segurados para a cobertura em todas as apólices em vigor, nesta ou em outras Seguradoras, na data do evento.

18.15 As indenizações decorrentes das coberturas de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Auxílio Funeral (AUX) e Despesas Diversas por Acidente (DDA) serão pagas sob a forma de pagamento único.

18.16 As indenizações decorrentes da cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, respeitando o período indenizável da cobertura.

18.17 As indenizações decorrentes das coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) serão pagas mensalmente durante o período em que o Segurado se encontrar sob tratamento médico, observado o limite contratado.

18.18 Para as coberturas de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) e Diárias

por Convalescença (DCON), caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período será o pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s).

18.19 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

18.20 As demais coberturas poderão ser pagas em pagamento único ou em pagamentos mensais, conforme contratado .

18.21 – As indenizações podem ser pagas em espécie ,por Ted, Pix , Cartões Pré-pagos ou outro arranjo de pagamento aprovado pelo Banco Central, sempre em nome do Segurado ou Beneficiário, conforme a cobertura e devidamente explicitado na contratação do Seguro.

19 OPÇÃO PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

19.1 Quando contratada as coberturas previstas no item 3.3.1 e realizada a opção pela prestação dos serviços de Assistência Funeral, os serviços garantidos por este Seguro serão prestados dentro das normas legais e regulamentares de cada município onde se realizarem.

19.1.1 Ressalta-se que a boa execução dos serviços dependerá, também, da colaboração dos familiares do Segurado, os quais deverão acionar imediatamente o serviço de Assistência, na eventualidade do óbito do Segurado, dispondo-se a acompanhar a pessoa indicada para providenciar o funeral, junto aos órgãos e repartições públicas, sempre que for necessário.

19.2 Ao se acionar o serviço de Assistência, deverá ser informado o nome do Segurado falecido e o número da Apólice/Certificado correspondente.

19.3 O presente Seguro não contempla a prestação dos seguintes serviços:

19.3.1 Aquisição de jazigo ou carneiro;

19.3.2 Cremação, em caso de falecimento, para Segurados que residam em municípios que não disponham desse serviço;

19.3.3 Despesas extras ou não previstas no padrão de serviço contratado;

19.3.4 Pedidos de assistência funeral anterior ao início de vigência do Seguro;

19.3.5 Exumação de corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;

19.3.6 Custos de manutenção do jazigo;

19.3.7 Não serão prestados os serviços nas localidades onde a legislação não permita que a Seguradora ou seus conveniados possam intervir.

20 PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

20.1 O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, além de estar o

Segurado obrigado ao pagamento do(s) prêmio(s) vencido(s), caso haja por parte dos mesmos, seus prepostos, seu(s) corretor(es) de seguro ou seu(s) Beneficiário(s):

20.1.1 Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão que tenham influenciado na aceitação do Seguro;

20.1.2 Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações que tenham influenciado no valor do prêmio;

20.1.3 Inobservância das obrigações convencionadas na Apólice;

20.1.4 Fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências; e/ou

20.1.5 Se houver, intencionalmente, o agravamento do risco Segurado.

20.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, prevista no subitem 20.1.1 e 20.1.2, não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade seguradora poderá:

20.2.1 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.

20.2.2 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.

20.2.3 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

20.3 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.

20.3.1 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.

20.3.2 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.

20.4 Nulo será o Contrato para cobertura de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.

20.5 O(s) Beneficiário(s) não terão direito ao Capital Segurado quando o Segurado se suicidar nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial da cobertura individual.

21 CANCELAMENTO DO SEGURO

21.1 Nas formas de pagamento mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral e semestral, em caso de inadimplência por falta de pagamento de 2 (dois) prêmios, consecutivos ou alternados, o Seguro será cancelado 30 (trinta) dias após da data do vencimento do segundo prêmio não pago.

21.1.1 Nos seguros contributários, a Seguradora notificará o Segurado, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

21.1.2 Nos seguros não contributários, em que os prêmios são pagos pelo Estipulante, a Seguradora notificará o mesmo, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

21.2 Caso não haja o pagamento do primeiro prêmio, ou ainda, caso não sejam pagos os prêmios de pagamento anual ou à vista, a contratação do seguro não estará concretizada, não existindo qualquer tipo de cobertura securitária, em momento algum.

21.3 Mediante acordo entre as partes contratantes e com anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, a Seguradora ou o Estipulante, poderá solicitar o cancelamento da Apólice mediante manifestação formal em até 60 (sessenta) dias da data de aniversário da mesma.

21.4 No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa tanto da Seguradora quanto do Estipulante e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo de vigência decorrido.

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

22 CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

22.1 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

22.2 O prazo de vigência da cobertura individual pode ser abreviado em razão do cancelamento da Apólice ou de sua não renovação, desde que não haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice.

22.2.1 Caso haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice, será mantida a cobertura de tais riscos até a extinção dos mesmos, contudo não será aceito o recebimento de novos prêmios para novos períodos de vigência.

22.3 A cobertura individual cessa quando da ocorrência de sinistro vinculado à cobertura de Morte Acidental (MA).

22.4 A cobertura individual cessa quando do pagamento de sinistro vinculado à cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou então quando do pagamento de sinistro vinculado às coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total ou parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada), desde que a invalidez apresentada pelo Segurado seja total, ou seja, avaliada em um grau de 100% (cem por cento).

22.5 Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda:

22.5.1 Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, podendo, neste caso, o Segurado optar por continuar com as mesmas coberturas, assumindo os custos do risco e de cobrança; ou

22.5.2 Quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

22.6 Além das situações mencionadas, a cobertura de cada Segurado Dependente cessa:

22.6.1 Se for cancelada a cobertura do Segurado Dependente;

22.6.2 Se o Segurado Principal deixar o grupo segurado;

22.6.3 Com a morte ou a invalidez total por acidente ou por doença do Segurado Principal;

22.6.4 No caso de cessação da condição de Dependente; ou 22.6.5 A pedido do Segurado Principal.

23 EXCEDENTE TÉCNICO

23.1 Se previsto no Contrato de Seguro, poderá ser instituída a cláusula de excedente técnico da forma que segue:

23.1.1 A referida cláusula estabelecerá as condições de distribuição, ao Estipulante e/ou aos segurados do grupo, dos resultados técnicos da Apólice Coletiva.

a) Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

a.1) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos; e

a.2) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

b) São despesas mínimas para fins de apuração dos resultados técnicos:

b.1) Comissões de corretagem pagas durante o período;

b.2) Comissões de administração pagas durante o período;

b.3) Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;

b.4) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e

b.5) Despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante.

c) As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

c.1) O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;

c.2) O aviso à seguradora, para sinistros;

c.3) A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e

c.4) As datas em que incorreram, para as despesas de administração.

23.2 A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no Contrato de Seguro até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou Estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no Contrato de Seguro, observando o disposto no item 23.4.

23.3 A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no Contrato de Seguro, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

23.4 Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida no Contrato de Seguro.

23.5 Nos seguros, contributários ou parcialmente contributários, em que houver cláusula de excedente técnico será incluída no Certificado Individual a informação de que o Segurado tem

direito ao excedente técnico.

24 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1 Constituem obrigações do Estipulante:

24.1.1 Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

24.1.2 Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

24.1.3 Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;

24.1.4 Discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

24.1.5 Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

24.1.6 Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

24.1.7 Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

24.1.8 Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

24.1.9 Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

24.1.10 Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;

24.1.11 Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado; e

24.1.12 Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado.

24.2 Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a cobrança de juros e atualização monetária ou o cancelamen-

to das coberturas, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

25 REGIME FINANCEIRO

25.1 Tendo em vista que o presente Seguro é estruturado dentro do Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios para Segurados e/ou Estipulante.

26 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

26.1 A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições da Apólice e as normas do Seguro.

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

27 MORA

27.1 A mora da Seguradora constituir-se-á, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável, a partir do término do prazo previsto no item 18.3 para a regulação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, a partir do 10º (décimo) dia em que se tornar exigível.

27.1.1 Em caso de devolução de prêmio em decorrência do cancelamento do Seguro, considera-se como data de exigibilidade a data de solicitação do cancelamento ou, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora, a data do efetivo cancelamento.

27.2 Em caso de mora, a taxa de juros aplicável corresponderá a 4% a.a. (quatro por cento ao ano), vedada a aplicação de taxa superior, sendo efetuada, ainda, a atualização do Capital Segurado pela variação positiva do INPC/IBGE, considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

27.2.1 Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua

efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

28 FORO

28.1 O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será o do domicílio do Segurado ou do Beneficiário ou do Estipulante, conforme o caso.

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

Inval Perm	Discriminação	% sobre CS	Discriminação	% sobre CS
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um 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
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30	Nefrectomia Bilateral	100
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Mudez incurável	50	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Ancilose total de um dos ombros	25	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Ancilose total de um dos punhos	20	Ancilose total de um dos cotovelos	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
	Fratura não consolidada de um fêmur	50	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada da rótula	20	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Ancilose total de um dos joelhos	20	Fratura não consolidada de um pé	20
	Ancilose total de um quadril	20	Ancilose total de um dos tornozelos	20
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Encurtamento de um dos membros inferiores:		Amputação de qualquer outro dedo	03
	De 5 (cinco) centímetros ou mais	15	Perda total do uso de uma falange do 1º. Dedo, indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	De 4 (quatro) centímetros ou mais	10		
	De 3 (três) centímetros	06		
Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização				