



CONDIÇÕES CONTRATUAIS

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS - COLETIVO

setembro 2022

Sumário

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS - COLETIVO	3
1 - Disposições Preliminares	3
2 - Definições.....	3
3 – Objetivo do Seguro	7
4 – Âmbito Geográfico das Coberturas.....	7
5 – Coberturas	7
6 - Riscos Excluídos.....	8
7 – Aceitação	9
8 – Vigência	11
9 - Renovação	12
10 – Carência e Franquia	13
11 – Capital Segurado.....	13
12 – Pagamento de Prêmios	14
13 Procedimentos em Caso de Sinistro	15
14 Perda de Direito	19
15 – Atualização das Obrigações Pecuniárias.....	20
16 - Aplicabilidade de Mora.....	21
17 - Cancelamento do Seguro.....	21
18 - Beneficiários	22
19 - Estipulante.....	22
20 - Seguráveis.....	24
21 - Prescrição	24
22 - Foro.....	24
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL.....	25
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA).....	27
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - IPTA.....	34
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS - DMHO.....	37
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - DIT	39
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR – INCLUSÃO DE CÔNJUGE	41
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR – INCLUSÃO DE FILHOS	43

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS - COLETIVO

1 - Disposições Preliminares

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

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

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

1.4 Este seguro é por prazo determinado tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

1.5 O Segurado, Estipulante e Subestipulante, ao assinarem as propostas, declaram tacitamente que tomaram conhecimento das Condições Contratuais deste seguro.

1.6 Estas Condições Gerais e as demais Condições Contratuais ficam à disposição do proponente individual, através do Estipulante, para conhecimento antes da assinatura da proposta de adesão individual, sendo que a assinatura da Proposta de Adesão configura conhecimento e aceitação de seu teor.

1.7 Este seguro é estruturado no regime financeiro de repartição, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, Estipulante ou aos Beneficiários.

1.8 As peças promocionais e de publicidade deverão ser divulgadas sob supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições contratuais e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

2 - Definições

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

Agravação de Risco: a ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance de ocorrência de sinistro.

Apólice: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo Estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).

Assistido: beneficiário em gozo do recebimento do capital segurado sob a forma de renda;

Aviso de sinistro: é a obrigatória e formal comunicação à Seguradora da ocorrência de evento caracterizado durante a vigência da Apólice de seguro e coberto pelas suas Condições Contratuais, observados os prazos-limite previstos no Código Civil Brasileiro sobre a matéria.

Beneficiário(s): pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Capital Segurado: é a importância máxima a ser paga pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. **Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.**

Carência: Período ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

Carregamento: importância destinada a atender as despesas administrativas e de comercialização.

Certificado Individual: documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio;

Coberturas de Risco: coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada.

Componentes Dependentes: para fins desse seguro são os cônjuges e os filhos, conforme estabelecido pela legislação do Imposto de Renda e/ou da previdência social, desde que não sejam seguráveis como componentes principais.

Componentes Principais: aquelas pessoas que mantêm vínculo com o Estipulante;

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.

Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e quando couber, do Estipulante.

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

Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante/subestipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações das partes.

Corretor de Seguros: profissional legalmente habilitado e autorizado a angariar seguros e representar o Segurado nos Contratos de Seguros.

Custeio do Seguro: não contributivo – Em que os segurados não pagam o prêmio do seguro; ou, contributivo – Em que os Segurados pagam o prêmio do seguro, de forma total ou parcialmente.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: documento formal integrante da Proposta de Adesão em que o proponente ou segurado presta informações sobre as suas condições de saúde na data de contratação do seguro.

Documentos Contratuais: a apólice, o certificado individual (nas apólices coletivas), e o endosso.

Download: ato de transferir (baixar) um ou mais arquivos de um servidor remoto para um computador local. É um procedimento muito comum e necessário quando o objetivo é obter dados disponibilizados na internet. Os arquivos para download podem ser textos, imagens, vídeos, programas entre outros.

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

Evento coberto: acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante a vigência e que acarreta obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do beneficiário do seguro.

Estipulante/Subestipulante: é a pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas.

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

Início de Vigência: é a data a partir da qual as Coberturas de Risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

Grupo Segurado é aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

Grupo Segurável é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante;

Indenização: é o valor a ser pago pela Seguradora caso ocorra o sinistro durante a vigência do seguro. O valor da indenização será sempre limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada que deu origem ao sinistro.

Nota Técnica Atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano, protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

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

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

Proposta de Adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do Risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais;

Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do Risco, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais;

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

Renda: série de pagamentos periódicos a que tem direito o assistido (ou assistidos), de acordo com a estrutura do plano;

Risco: evento incerto ou de data incerta e que independe da vontade das partes contratantes, contra o qual é feito o seguro;

Risco coberto: é o risco previsto no Plano de Seguro que caracterizará a indenização e/ou reembolso.

Riscos excluídos: são aqueles riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

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

Seguradora: é a sociedade devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo Prêmio do Seguro garante os riscos previstos no contrato.

Seguro: contrato pelo qual a Seguradora, mediante a cobrança de Prêmio, se compromete a pagar ao Segurado ou o Beneficiário o Capital Segurado, pela ocorrência do evento coberto pela Apólice;

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

Vigência: intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixado em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro. A cobertura individual é o período de validade das coberturas contratadas, para cada Segurado.

3 – Objetivo do Seguro

O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao Segurado ou ao beneficiário pela ocorrência dos riscos especificados como cobertos, de acordo com as coberturas e limites dos Capitais Segurados contratados e especificados na apólice, nos termos destas Condições Gerais e das demais Condições Contratuais.

4 – Âmbito Geográfico das Coberturas

4.1 Este seguro abrange os eventos cobertos, pelas coberturas contratadas, ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5 – Coberturas

5.1 Consideram-se Riscos Cobertos aqueles expressamente convencionados nas Condições Especiais das coberturas abaixo, desde que tenham sido efetivamente contratadas e ratificadas na Apólice.

5.2 As coberturas se dividem em Básicas, Adicionais e Suplementares, sendo de contratação obrigatória pelo menos 1 (uma) das coberturas básicas. As Coberturas Adicionais e Suplementares são de contratação opcional, mediante o pagamento de prêmio adicional:

5.2.1 Cobertura Básica:

- a) Morte Acidental – MA
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
- c) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA

As coberturas “b” e “c” não poderão ser contratadas conjuntamente.

5.2.2 Coberturas Adicionais:

- a) Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas - DMHO
- b) Diárias de Incapacidade Temporária - DIT;

5.2.3 Coberturas Suplementares:

- a) Inclusão de Cônjuge;
- b) Inclusão de Filhos.

5.2.3.1 Os capitais contratados para o Segurado Dependente, em quaisquer garantias, não podem ser superiores ao capital do Segurado Principal.

6 - Riscos Excluídos

6.1 Está excluída das coberturas do presente seguro, observado a definição de Acidentes Pessoais, quando for o caso, os eventos decorrentes, direta ou indiretamente de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa, ou da exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos humanitários em auxílio de outrem;
- c) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, excluída desta hipótese a prática de esportes, a utilização de meio de transporte mais arriscado e atos de humanidade em auxílio de outrem;
- d) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme artigo 762 do código civil;
- e) atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes, no caso de seguros contratados por pessoas jurídicas;
- f) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) lesão intencionalmente auto infligida;
- h) suicídio ou sua tentativa, nos dois primeiros anos de vigência inicial do Contrato, ou de sua recondução depois de suspenso, conforme artigo 798 do código civil;

- i) 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, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- j) lesões pré-existentes à contratação do seguro, isto é, lesões de conhecimento do Segurado e não citadas na declaração pessoal de saúde e atividade;
- k) atos terroristas, cabendo a Seguradora, comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- l) eventos ocorridos em consequência de:
 - l1) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, em especial a hérnia discal, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
 - l2) gravidez, parto, aborto provocado ou não e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - l3) choque anafilático e suas consequências, salvo se o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto.

7 – Aceitação

7.1 A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.

7.2 A celebração, alteração, bem como a renovação não automática do presente seguro, somente poderá ser feita mediante proposta de adesão assinada pelo Proponente, seu Representante Legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo Corretor de Seguros. Cabe à Seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora do seu recebimento.

7.3 A proposta de adesão deve ser preenchida sem rasuras, e desta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais.

7.3.1 A critério da Seguradora, poderá ser exigida a Declaração Pessoal de Saúde (DPS) do proponente, quando da contratação ou da adesão ao seguro, podendo ainda ser aceitos no seguro os interessados que tenham idades mínima e máxima previstas nas condições contratuais, desde que se encontrem em boas condições de saúde e em plena atividade física e laboral, na data do início de vigência de cada seguro.

7.4 A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão ou alteração do Proponente no seguro. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.

7.4.1 Para análise da Proposta de Adesão, a Seguradora poderá exigir, por uma única vez, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.

7.4.2 Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 7.4.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 7.4 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.

7.5 A Seguradora comunicará ao Proponente, por escrito, a aceitação ou não da Proposta de Seguro, especificando o motivo da recusa, quando for o caso. A emissão e o envio da apólice dentro do prazo acima substituem a manifestação expressa de aceitação da proposta pela Seguradora.

7.6 A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre, devendo constar na proposta o critério de aceitação:

I - a data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;

II - a data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou

III - a data de término do prazo previsto no item 7.4. acima, quando caracterizada a aceitação tácita da proposta, conforme especificado no item 7.4 desta cláusula.

7.7 A cobrança total ou parcial de prêmio antes da aceitação da proposta somente será admitida em caso de oferecimento de cobertura provisória ao Proponente, para sinistros ocorridos no período de análise da proposta, e desde que expressamente prevista nas condições contratuais e solicitada pelo Proponente na proposta.

7.8 No caso de aceitação da proposta, a Seguradora poderá considerar o período de cobertura provisória como de efetiva vigência, desde que haja tal previsão nos documentos contratuais.

7.9 Em caso de recusa do risco, em que tenha havido cobertura provisória, a restituição será realizada no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa da proposta, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

7.9.1 Se a restituição for feita posteriormente ao prazo máximo estabelecido no item 7.9 acima, a restituição estará sujeita à atualização e juros de mora, conforme estabelecido na Cláusulas 15 e 16 “Atualização das Obrigações Pecuniárias” e “Aplicabilidade de Mora”.

7.10 A Seguradora emitirá e enviará a apólice, e o certificado individual, no início do seguro e em cada renovação da apólice. Em caso de utilização de meios remotos na emissão de documentos contratuais, será garantido a possibilidade de impressão ou download do documento pelo cliente.

7.11 O presente seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes.

7.12 Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo estipulante/segurado, ou por corretor de seguros habilitado, e receber concordância de ambas as partes contratantes.

7.13 Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

7.14 Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nestas condições gerais, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

8 – Vigência

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

8.1.1 Quando o Prêmio for pago através de desconto em folha, o Risco individual terá início às 24:00 (vinte e quatro) horas do último dia do mês em que ocorrer o desconto, ainda que por qualquer motivo, os salários não sejam pagos naquela data.

8.1.2 O prazo de vigência da apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido no Contrato.

8.2 Término de Vigência da Cobertura Individual

A cobertura de cada segurado cessará:

- a) No final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada, dando-se a caducidade do seguro e ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade;
- b) Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, respeitado em qualquer caso, o período de vigência correspondente ao Prêmio pago;
- c) Quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando o mesmo deixar de contribuir com sua parte do Prêmio;
- d) Se o Segurado, os Prepostos ou os Beneficiários agirem com dolo, fraude ou culpa grave na contratação do seguro, ou ainda para obter vantagem com a ocorrência do Sinistro;
- e) No caso do item “b” o Segurado poderá continuar coberto pela Apólice, caso queira assumir o custo total do seguro, desde que haja concordância da Seguradora;

- f) Nos seguros contributários, se a inadimplência de quaisquer Segurados individuais atingirem a 03 (três) parcelas, consecutivas ou não.

8.3 Inclusão de Componentes

8.3.1 - A inclusão dos componentes principais far-se-á das seguintes formas, conforme declaração constante deste seguro:

- a) **automática** – quando o seguro abrange todos os componentes principais;
- b) **facultativa** – quando o seguro abrange somente os componentes principais que autorizarem sua inclusão, ou, cuja cobertura seja contratada por conta e ordem do Estipulante.

8.3.2- A inclusão de componentes dependentes far-se-á das seguintes formas, conforme declaração constante deste seguro:

- a) **automática** – quando o seguro abranger exclusiva e compulsoriamente todos os cônjuges e/ou filhos dos componentes principais considerados dependentes pela legislação do Imposto de Renda.
- b) **Facultativa** – quando, somente por autorização do componente principal, o seguro abranger quaisquer dos componentes dependentes.

8.3.2.1 - Para fins deste seguro é reconhecida a união estável, equiparando-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, para todos os fins e efeitos de direito.

8.3.2.2 - Quando os componentes principais tiverem dependentes comuns, estes somente podem ser incluídos uma única vez, considerando-se, na forma de inclusão automática, como dependentes daquele de maior capital segurado.

8.3.2 - Em quaisquer casos, a aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

9 - Renovação

9.1 A Seguradora poderá efetuar a renovação automática, uma única vez, por igual período ao da primeira contratação, **salvo se o Estipulante/Subestipulante, ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.**

9.2 As renovações posteriores à eventual renovação automática da apólice, poderão ser efetuadas por meio de concordância expressa do Estipulante/Subestipulante.

9.2.1 Nos seguros com contratação na forma de custeio contributário, tanto na renovação ou alteração contratual, que implique ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução

de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

9.3 Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora e o Estipulante/subestipulante a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

10 – Carência e Franquia

10.1 Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais em quaisquer das coberturas contratadas, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o período de carência corresponderá a dois anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.

10.2 Em caso de período de franquia estipulado para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, esta, será definida nas Condições Especiais e estarão expressas na Apólice/Certificado Individual.

10.2.1 A cobertura será devida a partir do primeiro dia após cumprido o período de Franquia do seguro, observado o limite contratual máximo de capital segurado por evento fixado nas condições do seguro.

11 – Capital Segurado

11.1 O Capital Segurado, por cobertura, será indicado na apólice e nos Certificados Individuais e representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora em caso de sinistro coberto.

11.1.1 O capital máximo individual para esse seguro estará determinado na apólice.

11.2 Nos seguros em que o Segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da Seguradora do valor do Capital Segurado contratado, sem a devida solicitação expressa do Segurado.

11.3 A data do evento a ser considerada para determinação do Capital Segurado vigente na data do sinistro está estabelecida nas Condições Especiais das respectivas coberturas contratadas.

11.4 No caso de indenização de um sinistro de invalidez parcial por acidente, despesas médicas hospitalares e Odontológicas e diárias de incapacidade temporária, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada Sinistro.

12 – Pagamento de Prêmios

12.1 O prêmio deste seguro poderá ser pago anualmente, mensalmente ou de acordo com outra periodicidade escolhida para pagamento, especificada na apólice do seguro.

12.2 Para fins do seguro e de acordo com a declaração constante do contrato, o custeio do prêmio poderá ser Contributário, onde os segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente, ou Não Contributário, onde o Estipulante/Subestipulante paga totalmente o prêmio do seguro.

12.3 É da responsabilidade do Estipulante a quitação, nos prazos contratuais, das respectivas parcelas emitidas pela Seguradora.

12.4 Os prêmios emitidos possuem vigência de acordo com a periodicidade do pagamento escolhido.

12.5 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido, caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado para cobrança do prêmio o valor do prêmio de cada Segurado.

12.6 É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

12.7 Quando a data limite para pagamento do prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente.

12.8 A falta de pagamento da primeira parcela, implicará no cancelamento do seguro, mediante comunicação expressa da seguradora.

12.9 Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, pelo Estipulante, nos prazos estabelecidos contratualmente, acarretará o cancelamento do seguro, conforme disposto no item 12.10 destas Condições Gerais, e na hipótese de sinistro, determinará a responsabilidade do Estipulante pela retenção indevida dos Prêmios recolhidos junto aos Segurados, além de sujeitá-lo às cominações legais. A Seguradora ficará responsável pelo pagamento de indenizações devidas até o cancelamento da apólice, sem prejuízo da responsabilidade do Estipulante pelo não repasse dos prêmios.

12.10 Atraso nos pagamentos das demais parcelas do seguro

12.10.1 A falta de pagamento das demais parcelas do seguro, na data do seu vencimento, seja o Seguro contributário ou não contributário, acarretará na imediata e automática suspensão do seguro e de suas coberturas, independentemente de qualquer notificação ou ato formal de constituição em mora, não respondendo a Seguradora pela responsabilidade de pagamento do capital contratado para eventos ocorridos durante esse período de suspensão.

12.10.2 Ocorrendo a hipótese de suspensão de cobertura sem cancelamento da Apólice, será vedada a cobrança de Prêmio em atraso.

12.10.3 Na hipótese de ser admitida a reabilitação da Apólice ou do Certificado Individual, ao exclusivo juízo da Seguradora, a cobertura securitária reiniciar-se-á às 24:00 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do Prêmio e, na hipótese de seguros com Prêmios postecipados, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

12.10.4 Decorridos 3 (três) parcelas em atraso, consecutivas ou não, a seguradora notificará o estipulante do cancelamento do seguro. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos previstos no item 12.10.1, sujeitará o Estipulante, ainda, às cominações legais.

12.11 Quando a forma de cobrança do Prêmio for a de desconto ou consignação em folha, o empregador, exceto nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento do valor devido em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido do Segurado por escrito.

12.11.1 Quando houver previsão de pagamento do prêmio por meio de consignação em folha, na ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

13 Procedimentos em Caso de Sinistro

13.1 Ocorrendo evento coberto pelo seguro, deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora, pelo Corretor, pelo Estipulante/Subestipulante, pelo Segurado ou beneficiários do Segurado, quando for o caso, logo que o saibam, devendo constar da comunicação a data, hora, local e causa do evento, observado as disposições apresentadas nesta cláusula.

13.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, quando da liquidação de sinistros, a data do acidente que ocasionou o evento coberto pela cobertura contratada.

13.3 Para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

13.4 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta do segurado ou dos beneficiários do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora e as eventuais despesas com tradução necessárias à liquidação de

sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, sendo estas totalmente de responsabilidade da Seguradora.

13.5 O pagamento do Capital Segurado será efetuado, de uma única vez, salvo disposição em contrário, especificada na apólice, ao próprio segurado, ou beneficiário, quando for o caso, em até 30 (trinta) dias após a entrega de todos os documentos relacionados abaixo e os eventualmente constantes nas condições especiais da cobertura contratada causadora do evento que gerou o sinistro, observado ainda os itens 13.7, 13.7.1, destas Condições Gerais:

13.5.1 Cobertura de Morte Acidental

- a) Aviso de Sinistro preenchido pelo Estipulante e/ou Beneficiários e médico-assistente do Segurado, mediante carimbo e CRM;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- c) Cópia simples da Certidão de Nascimento ou Casamento do falecido, com comprovação de união estável quando se tratar de companheira(o);
- d) Cópia autenticada do RG e CPF do Segurado e Comprovante de Residência;
- e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- f) Cópia simples do Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML;
- g) Cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação do falecido se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo;
- h) Declaração com firma reconhecida em cartório de três pessoas idôneas, informando sob as penas da lei, quantos e quais são os filhos deixados pelo Segurado, qualificando-os: nome completo, nacionalidade, naturalidade, ou;
- i) Declaração do INSS ou IR informando (se for o caso) quem são os dependentes do Segurado na Previdência Social;
- j) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento e/ou Casamento bem como RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s). Em se tratando de Beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessário cópia autenticada do CPF;
- k) No caso de Beneficiários menores de idade incapazes, apresentação do Termo de Tutela, de Curatela ou Alvará Judicial, bem como documento de identificação do responsável juntamente com comprovante de residência;
- l) Formulário do registro de informações cadastrais pessoa física, conforme dispõe a Circular SUSEP nº 612/2020;
- m) Formulário de Autorização para Crédito em conta, devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s), para o caso de eventual pagamento de indenização.

13.5.2 Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA ou Invalidez Permanente Total por Acidente - IPTA

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido pelo Estipulante, Segurado e médico-assistente;
- b) Cópia autenticada do RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;

- c) Cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho – se for o caso;
- d) Atestado de Alta Médica definitiva;
- e) Resultado de todos os exames realizados na pessoa do Segurado;
- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- g) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo.

13.5.3 Cobertura de Despesas médicas, Hospitalares e Odontológicas – DMHO

- a) Aviso de Sinistro, preenchido pelo Estipulante, Segurado e médico assistente;
- b) Cópia autenticada RG, e CPF e Comprovante de Residência do Segurado;
- c) Originais de todos os comprovantes de despesas médicas, hospitalares e odontológicas;
- d) Resultados de todos os exames realizados na pessoa do Segurado;
- e) Cópia autenticada CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso;
- f) Cópia autenticada Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- g) Cópia autenticada Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo.

13.5.4 Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente - DIT

- a) Aviso de Sinistro preenchido pelo Estipulante, Segurado e médico-assistente
- b) Cópia autenticada RG e CPF e Comprovante de Residência do Segurado;
- c) Declaração do Médico Assistente, caracterizando diagnóstico presumível e os
Declaração do Segurado descrevendo o acidente;
- d) Relatório Médico, contendo data do evento, diagnóstico, tratamento efetuado e tempo previsto de afastamento (original);
- e) Exames Complementares realizados;
- f) Tratando-se de acidente de trabalho, juntar cópia autenticada do formulário de Comprovação de Acidente de Trabalho - CAT;
- g) Tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, juntar cópia autenticada do Boletim de Ocorrência.

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

13.7 A Seguradora poderá, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

13.7.1 Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 13.5 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente a data do recebimento, pela Seguradora, da documentação complementar.

13.8 Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item 13.5, a Seguradora pagará o valor da indenização devida, acrescido de:

- juros de mora nos termos da legislação específica, conforme Cláusula 16 – “Aplicabilidade de mora”, contados a partir do término do prazo previsto no item 13.5 destas Condições Gerais.

- atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE, aplicada a partir da data do evento coberto, variação esta apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação e Multa nos termos da legislação específica, conforme Cláusula 16 – “Aplicabilidade de mora”.

13.9 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.

13.10 Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado deverá ser comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo previsto no item 13.5 acima.

13.11 Independentemente dos documentos acima, a Seguradora poderá, examinado caso a caso, consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar a ocorrência ou não do evento.

13.12 Eventuais divergências de natureza médica serão dirimidas por 02 (dois) médicos, sendo um nomeado pelo Segurado/Beneficiário e outro pela Seguradora. Caso haja necessidade, será nomeado um terceiro médico, desempatador, escolhido por comum acordo. Cada uma das partes pagará os honorários e exames requeridos pelos médicos que tiverem designado. O médico desempatador será pago pelo Segurado/Beneficiário e pela Seguradora em partes iguais.

13.13 Junta Médica

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

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

terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

13.13.3 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.

13.14 Fica vedada a negativa do pagamento da indenização ou qualquer tipo de penalidade ao segurado quando relacionada a perguntas que utilizem critério subjetivo para a resposta ou que possuam múltipla interpretação.

14 Perda de Direito

14.1 A Seguradora ficará isenta de obrigações decorrentes deste seguro se o Segurado ou seu Representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, estando o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I – Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**

II – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**

III– Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

14.2 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que 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.

14.2.1. 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.

14.2.2. 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.

15 – Atualização das Obrigações Pecuniárias

15.1 Os valores devidos a título de pagamento de capital segurado ou de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento. Havendo a extinção do índice mencionado, será utilizado aquele que o substitua, estabelecido pelas autoridades competentes.

15.2 Os valores das obrigações pecuniárias não contempladas nos subitens precedentes desta Cláusula, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item acima, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária.

15.3 Para efeito do disposto no item 15.2, considera-se como data de exigibilidade, no caso de recusa de proposta pela Seguradora, a data da formalização da recusa.

15.4 A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

15.5. Os capitais segurados e os Prêmios relativos a este Contrato de seguro poderão ser corrigidos anualmente, por ocasião da renovação do Seguro, tomando-se por base a variação positiva acumulada do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos últimos 12 (doze) meses, imediatamente anteriores ao que antecede o reajuste. Havendo a extinção do índice mencionado, será utilizado aquele que o substitua, estabelecido pelas autoridades competentes.

15.5.1 O reajuste do Capital Segurado dos aposentados e dos Segurados afastados será feito na mesma proporção do reajuste para os Segurados ativos, desde que o critério de reajuste seja adotado para todos os segurados ativos.

15.5.2 Nos casos de aumento do Capital Segurado, e sendo contributário o seguro, caberá ao Estipulante solicitá-lo à seguradora, por escrito, desde que possua autorização de no mínimo 3/4 (três quartos) dos Segurados;

15.5.3 Será admitido mandado outorgado pelo Segurado para que o Estipulante o represente perante a seguradora.

15.5.4 Na hipótese de os capitais segurados serem pagos sob a forma de renda, serão a partir da data de sua concessão, atualizados anualmente, com base no índice pactuado, acrescidos do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada à renda.

15.5.5 Nos seguros contratados na forma de custeio contributivo, se a alteração implicar em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

16 - Aplicabilidade de Mora

16.1 A Seguradora pagará, nos termos da legislação específica, multa e juros de mora, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pelo índice que vier a substituí-lo, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

16.2 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores determinados pelo presente seguro a que se referir a penalidade.

17 - Cancelamento do Seguro

17.1 Este seguro será rescindido ou cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, por falta de pagamento do prêmio ou descumprimento de quaisquer outras obrigações previstas nas Condições Gerais e/ou nos termos da Cláusula 14 – “Perda de Direito”, destas Condições Gerais.

17.2 A rescisão contratual, total ou parcial, poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes, com a concordância recíproca e nos seguros contributivos, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado. Neste caso, a Seguradora poderá reter, do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

17.3 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

17.4 Este seguro poderá ser cancelado ainda nos seguintes casos:

- a) decorrido o prazo de vigência do seguro, sem que este haja sido renovado.
- b) simultânea e obrigatoriamente na data do cancelamento do seguro.
- c) automaticamente, com a exclusão do Segurado.

- d) Com o pagamento da indenização decorrente da morte do segurado.
- e) Com a perda de vínculo entre o estipulante e o segurado.
- f) Por falta de pagamento do prêmio do seguro.

18 - Beneficiários

18.1 Para a cobertura de Morte Acidental, o Segurado deverá indicar na Proposta de Adesão, pessoa(s) perfeitamente identificável(is), a favor da(s) qual(is) será pago o Capital Segurado, na eventualidade da ocorrência de evento coberto.

18.2 A qualquer tempo, o Segurado poderá alterar o(s) Beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolizada na Seguradora.

18.3 Não sendo instituído o Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer(em) o que for designado(s), o Capital Segurado será pago aqueles indicados por lei.

18.3.1 Para fins deste seguro, o companheiro(a) é equiparado ao cônjuge para todos os fins e efeitos de direito.

18.3.2 Na falta das pessoas indicadas no item anterior, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à sua subsistência.

18.4 Para as demais coberturas o Beneficiário será o próprio segurado.

19 - Estipulante

19.1 O Estipulante e/ou Subestipulante constarão na apólice, ficando investidos dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora e obrigam-se a:

- a) fornecer à Sociedade Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;
- d) repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- e) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;

- f) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
- g) comunicar, de imediato, à sociedade seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- h) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- i) comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e
- j) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

19.2 É expressamente vedado ao Estipulante e ao Subestipulante

- a) cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade seguradora; e
- b) efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

19.3 Sem prejuízo de outras obrigações previstas em regulamentação vigente, as sociedades seguradoras estão obrigadas a:

- a) informar aos segurados a situação de adimplência do estipulante ou subestipulante, sempre que lhe for solicitado;
- b) comunicar aos segurados os casos de não repasse à sociedade seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse; e
- c) prestar ao estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

19.4 Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante, é obrigatório constar do certificado individual e da proposta de adesão, o percentual e o valor, devendo o Segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

19.4.1 Quando houver recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante/subestipulante ou à sociedade seguradora, a qualquer título, é obrigatório o destaque no documento utilizado na cobrança do valor do prêmio do seguro

19.5 A Seguradora informará ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante/Subestipulante sempre que lhe for solicitado.

20 - Seguráveis

20.1 São seguráveis todas as pessoas físicas que apresentem vínculo com o Estipulante, mesmo quando se tratar de empresas coligadas, controladas e subsidiárias integrais do Estipulante de acordo com a Lei das Sociedades Anônimas.

20.2 Estipulante é a pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas.

20.2.1 O Estipulante não representa o Segurador perante o Grupo Segurado, e é o único responsável para com o Segurador, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

20.2.2 Qualquer modificação da Apólice em vigor, inclusive reavaliação de taxas, que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado, admitido mandato específico.

20.3 A inclusão dos componentes seguráveis Principais e Dependentes será feita por solicitação do Estipulante e se dará de acordo com uma das seguintes condições:

- Automática, quando o seguro abranger todos os componentes;
- Facultativa, quando o seguro abranger somente os componentes Principais que autorizarem a sua inclusão e a de seus Dependentes no seguro.

21 - Prescrição

Decorridos os prazos determinados em lei, opera-se a prescrição para este Plano.

22 - Foro

Fica eleito o Foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, quando for o caso, para dirimir eventuais dúvidas oriundas do presente contrato.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo, o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do Segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais disposições das Condições Contratuais.

1.2 Esta cobertura, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais deste seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao(s) Beneficiário(s) em caso de sinistro coberto.

3.2 As indenizações decorrentes de morte acidental por invalidez permanente por acidente, não se acumulam.

Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do Capital Segurado por morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.

3.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do Acidente que provocou a morte do Segurado.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.



5. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

5.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice e certificado individual, ou ainda em data posterior, quando a presente cobertura não integrar as condições iniciais da apólice e termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente Cobertura Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- c) com a perda de vínculo com o estipulante;
- d) com o pagamento da importância segurada garantida pela presente cláusula.

6. RATIFICAÇÃO

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

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de até o valor do capital segurado contratado em caso de invalidez permanente do Segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão em virtude de lesão física causada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais disposições das Condições Contratuais.

1.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, tendo sido constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará a indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela apresentada no item 1.7 abaixo, sendo que eventual grau de invalidez (percentagem relativa à perda ou redução da função de um membro ou órgão) já existente antes de acidente coberto será deduzido do grau de invalidez definitivo, apurado em consequência desse acidente coberto.

1.3. Não ocorrendo a perda por completo das funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela acima para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%.

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

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

1.6. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

1.7. TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL CAUSADA POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	
	Perda total do uso de ambas as mãos	
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	
	Perda total do uso de ambos os pés	
	Alienação mental total e incurável	
	Nefrectomia Bilateral	
PARCIAL (DIVERSAS)	Perda total da visão de em olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total e incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total e incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL (MEMBROS SUPERIORES)	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos radio-ulnais	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos e um	12	



	dos dedos médios	
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a 1/3 (um terço) do valor do respectivo dedo.	---
PARCIAL (MEMBROS INFERIORES)	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés (perda de todos os dedos e uma parte do mesmo pé)	25
	Amputação do primeiro dedo - polegar	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do primeiro dedo: Indenização equivalente a ½ (metade), e dos demais dedos, equivalente a 1/3 (um terço) do respectivo dedo.	---
	Encurtamento de um dos membros inferiores: <ul style="list-style-type: none">• de 5 (cinco) centímetros ou mais• de 4 (quatro) centímetros• de 3 (três) centímetros• menos de 3 (três) centímetros	15 10 06 Sem Indenização

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
MANDÍBULA	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
	Em grau mínimo	10
	Em grau médio	20
	Em grau máximo	30
NARIZ	Perda total do nariz	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	Lesões das Vias Lacrimais:	
	Unilateral	07
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
	Ectrópio unilateral	03
	Ectrópio bilateral	06
	Entrópio unilateral	07
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	03
	Má oclusão palpebral bilateral	06
	Ptose palpebral unilateral	05
	Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total da língua	50
	Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	15
	- mais de 50% (cinquenta por cento)	30
SISTEMA AUDITIVO	Perda total de uma orelha	08
	Perda total das duas orelhas	16
ANQUILOSES	Para as posições viciosas, acrescentar as percentagens previstas 25 (vinte e cinco), 50 (cinquenta) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	-
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS MEMBROS	A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	-
	Perda do Baço	15

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
APARELHO URINÁRIO	Retenção Crônica de Urina (Sondagens Obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência Urinária Permanente	30
	Perda de um rim:	
	Função renal preservada	15
	Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50	
Insuficiência renal	75	
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um Ovário	05
	Perda de dois Ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	Hérnia traumática	10
	No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática	sem indenização
SINDROMES PSIQUIÁTRICAS	Síndrome pós-concussional	10
	Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02
PESCOÇO	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Paralisia de uma corda vocal	10
	Paralisia de duas cordas vocais	30
	Traqueostomia definitiva	40
TORAX	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
	Função respiratória preservada	15
	Redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Redução em grau médio da função respiratória	50
	Insuficiência respiratória	75
	MAMAS	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOME (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia parcial	10
	Gastrectomia subtotal	20

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
	Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
	Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
	Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial sem transtorno funcional	05
	Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
	Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
	Colectomia total	60
	Colostomia definitiva	50
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Extirpação da vesícula biliar	07

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais deste seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao próprio segurador em caso de sinistro coberto.

3.2 As indenizações decorrentes de morte por acidente pessoal e por invalidez permanente por acidente, não se acumulam.

Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do Capital Segurado por morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.

3.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos

sinistros, será considerada como data do evento a data do Acidente que provocou a invalidez permanente do Segurado.

3.4 A reintegração do Capital Segurado referente a esta cobertura, no caso de invalidez parcial, é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

4. JUNTA MÉDICA

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

4.2 A junta médica de que trata esta cláusula será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

4.4 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.

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.

6. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

6.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice e certificado individual, ou ainda em data posterior, quando a presente cobertura não integrar as condições iniciais da apólice e termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente Cobertura Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- c) com a perda de vínculo com o estipulante.

7. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - IPTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Se ratificada na Apólice, esta cobertura cobre a invalidez permanente do Segurado relativa à perda ou a impotência funcional definitiva e total de membros ou órgãos em virtude de lesão física causada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.

1.2. Serão caracterizadas como Invalidez Total e Permanente as lesões abaixo discriminadas, mediante comprovação por laudo médico, desde que esteja definitivamente terminado o tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e seja definitivo o caráter da invalidez:

DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE COBERTA

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

1.3. Eventual grau de invalidez (percentagem relativa à perda ou redução da função de um membro ou órgão) já existente antes de acidente coberto será deduzido do grau de invalidez definitivo, apurado em consequência desse acidente, para fins de indenização.

1.4. A Invalidez Permanente será avaliada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados e laudo médico que comprovem a Invalidez Permanente Total.

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

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Adesão e serão especificados na Apólice do Seguro.

2.2 Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento,

sob a forma de parcela única.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 6 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais do Seguro.

4. FRANQUIA/CARÊNCIA

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

5. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

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

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

6. JUNTA MÉDICA

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

6.2 A junta médica de que trata esta cláusula será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

6.4 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.



7. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.

8. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

8.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice e certificado individual, ou ainda em data posterior, quando a presente cobertura não integrar as condições iniciais da apólice e termina:

- d) simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente Cobertura Adicional;
- e) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- f) com a perda de vínculo com o estipulante.

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

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

10 RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS - DMHO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Se ratificada na Apólice, a cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, tem por objetivo, garantir o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

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

A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizados monetariamente pela American Life, quando da liquidação do sinistro.

Desde que preservada a livre escolha, poderá a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados nos termos da Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais deste seguro, não estão abrangidas pela presente cobertura as despesas decorrentes de:

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

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao(s) Beneficiário(s) em caso de sinistro coberto.

3.2 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do Acidente que deu origem as despesas.

3.3 Possuindo o Segurado mais de um Certificado de Seguro, nesta ou em outra Seguradora,

garantindo Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, a responsabilidade da Seguradora por este seguro será igual, em cada apólice, à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para esta cobertura em todas as apólices em vigor na data do sinistro.

3.4 A Seguradora procederá a reintegração automática da cobertura de DMHO, quando as indenizações ou soma das indenizações pagas da cobertura de DMHO atingir ou ultrapassar o respectivo capital segurado.

3.4.1 A seguradora, ao proceder a reintegração, cobrará o prêmio devido conforme disposições tarifárias em vigor.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.

5. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

5.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice e certificado individual, ou ainda em data posterior, quando a presente cobertura não integrar as condições iniciais da apólice e termina:

- e) simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente Cobertura Adicional;
- f) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- g) com a perda de vínculo com o estipulante;
- h) com o pagamento da importância segurada garantida pela presente cláusula.

6. FRANQUIA/CARÊNCIA

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

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

7. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - DIT

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo, o pagamento do capital segurado contratado decorrentes de eventos causadores de incapacidade temporária, caracterizada esta pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, exclusivamente decorrente de acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado, a franquia e observadas as demais disposições das Condições Contratuais.

1.2 Observar-se-á o limite contratual de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias para essa cobertura.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais deste seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao(s) Beneficiário(s) em caso de sinistro coberto.

3.2 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do Acidente que provocou a incapacidade temporária do segurado.

3.3 A Seguradora procederá a reintegração automática da cobertura de DIT, quando as indenizações ou soma das indenizações pagas da cobertura de DIT atingir ou ultrapassar o respectivo capital segurado.

3.3.1 A seguradora, ao proceder a reintegração, cobrará o prêmio devido conforme disposições tarifárias em vigor.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.

5. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

5.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice e certificado individual, ou ainda em data posterior, quando a presente cobertura não integrar as condições iniciais da apólice e termina:

- i) simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente Cobertura Adicional;
- j) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- k) com a perda de vínculo com o estipulante;
- l) com o pagamento da importância segurada garantida pela presente cláusula.

6. FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de até 15 (quinze) dias.

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

7. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR – INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Se ratificada na Apólice, esta cobertura suplementar tem por objetivo garantir, até o limite do Capital Segurado contratado, o pagamento de uma importância em dinheiro ao Segurado, em decorrência de evento coberto ocorrido com o seu cônjuge, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.

1.1.1. Poderão ser contratadas quaisquer das coberturas disponíveis, desde que também tenha sido contratada para o segurado principal, **exceto a cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária - DIT.**

1.2 A(O) companheira(o) equipara-se ao cônjuge quando presentes os requisitos do artigo 1.723, do Código Civil Brasileiro, e seus parágrafos.

1.3 Não poderão participar desta cláusula suplementar os Cônjuges e Companheiros(as) considerados(as) seguráveis como Segurados Principais.

1.4 Somente serão aceitos os Cônjuges que se encontrarem em boas condições de saúde;

1.5 A Declaração Pessoal de Saúde e Atividade será feita pelo Segurado Principal, mediante o preenchimento da Proposta de Adesão.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os Riscos Excluídos apresentados na Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais.

3. FORMA DE CONTRATAÇÃO

3.1. Automática: nesta forma estarão cobertos automaticamente pelo Seguro os Cônjuges dos Segurados Principais;

3.2. Facultativa: nesta forma, só estarão cobertos pelo Seguro os Cônjuges dos Segurados Principais que se manifestarem favoravelmente a sua inclusão na Apólice, através do preenchimento da Proposta de Adesão.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao segurado em caso de sinistro coberto, não podendo em nenhuma hipótese ultrapassar o valor do capital segurado do Segurado Principal.

4.2 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação do sinistro, será considerada como data do evento a data já apresentada nas coberturas passíveis de contratação do segurado principal de acordo com o evento que ocasionou a reclamação do sinistro.

5. BENEFICIÁRIOS

O Capital Segurado por Morte Acidental, devida por esta cláusula suplementar, será pago ao Segurado Principal.

6. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os procedimentos apresentados na da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.

7. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

7.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os cônjuges da Apólice, quando se tratar de contratação na forma automática, ou para aqueles que manifestaram interesse no seguro, em caso de contratação na forma facultativa, simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice e certificado individual, ou ainda em data posterior, quando a presente cobertura não integrar as condições iniciais da apólice e termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente Cobertura Suplementar;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado principal da Apólice;
- c) com a perda de vínculo do segurado principal com o estipulante;
- d) a pedido do segurado principal;
- e) com a morte do segurado principal;
- f) com a perda de vínculo do segurado principal com o cônjuge;
- g) com o pagamento do capital segurado garantido pela presente cláusula.

8. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR – INCLUSÃO DE FILHOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Se ratificada na Apólice, esta cobertura suplementar tem por objetivo garantir, até o limite do Capital Segurado contratado, o pagamento de uma importância em dinheiro ao Segurado, em decorrência de evento coberto ocorrido com o(s) seu(s) Filho(s), respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.

1.1.1. Poderão ser contratadas apenas as coberturas básicas, desde que tenham sido contratadas também na cláusula suplementar de Cônjuge e na forma de contratação automática, observado o item 3.3 da Cláusula 3 – “Capitais Segurados”.

1.2 Consideram-se como Filhos para os efeitos desta cláusula, os enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda.

1.3 Quando ambos os cônjuges pertencem ao mesmo Grupo Segurado, os Filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta cláusula.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os Riscos Excluídos apresentados na Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao segurado em caso de sinistro coberto, não podendo em nenhuma hipótese ultrapassar o valor do capital segurado do Segurado Principal.

3.2 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação do sinistro, será considerada como data do evento a data já apresentada nas coberturas passíveis de contratação do segurado principal de acordo com o evento que ocasionou a reclamação do sinistro.

3.3 Para os menores de 14 anos, o Seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, observando-se:

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

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

4. BENEFICIÁRIOS

O Capital Segurado devida por esta cláusula suplementar, será pago ao Segurado Principal.

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os procedimentos apresentados na da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.

6. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

6.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os filhos simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice e certificado individual, ou ainda em data posterior, quando a presente cobertura não integrar as condições iniciais da apólice e termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente Cobertura Suplementar ou da cobertura Suplementar de Cônjuge;**
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado principal da Apólice;**
- c) com a perda de vínculo do segurado principal com o estipulante;**
- d) a pedido do segurado principal;**
- e) com a morte do segurado principal;**
- f) com o pagamento do capital segurado garantido pela presente cláusula.**

1. RATIFICAÇÃO

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