



SANCOR SEGUROS

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Versão 30.11.2017

Processo Susep 15414.900050/2013-27

CNPJ 17.643.407/0001-30

As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

Sumário

CONDIÇÕES GERAIS	5
1. GLOSSÁRIO.....	5
2. OBJETO DO SEGURO.....	10
3. GARANTIAS DO SEGURO (RISCOS COBERTOS).....	10
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	10
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	11
6. CARÊNCIA E FRANQUIA	12
7. GRUPO SEGURÁVEL	12
8. GRUPO SEGURADO	13
9. ACEITAÇÃO DO PLANO DE SEGURO E ADESÃO AO GRUPO SEGURADO	13
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	15
11. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO.....	16
12. INCLUSÃO DE SEGURADOS.....	16
13. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS.....	17
14. INÍCIO DA GARANTIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO.....	18
15. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S).....	18
16. CUSTEIO DO SEGURO.....	19
17. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	20
18. ALTERAÇÕES NO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA	22
19. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.....	22
20. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO INDIVIDUAL.....	22
21. ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES DECORRENTES DO CONTRATO DE SEGURO	23
22. PROVA DO SEGURO	23
23. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO	24
24. OCORRÊNCIA DE SINISTROS.....	24
25. RELAÇÃO DE DOCUMENTO PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	25
26. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	26
27. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	28
28. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	28
29. ESTIPULANTE – VINCULOS E OBRIGAÇÕES	29
30. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS	29
31. CLÁUSULAS DE COBERTURA E SUPLEMENTARES.....	30
32. FORO CONTRATUAL.....	30
33. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES AO PLANO DE SEGURO CONTRATUAL.....	30
34. PRESCRIÇÃO.....	31
35. FORO.....	31
COBERTURA DE CESTA BÁSICA.....	32
1. OBJETO	32
2. CAPITAL SEGURADO	32
3. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	32
4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	32
5. RATIFICAÇÃO.....	32
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL OU DOENÇA (DIHA).....	33
1. OBJETO DA GARANTIA	33
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	33
3. VALOR DAS DIÁRIAS.....	34
4. PAGAMENTO DAS DIÁRIAS.....	34
5. LIMITES	34
6. CAPITAL SEGURADO	34
7. FRANQUIA	35
8. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	35
9. RATIFICAÇÃO.....	35

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – DMHO.....	36
1. OBJETO DA COBERTURA.....	36
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	36
3. LIVRE ESCOLHA.....	36
4. COMPROVAÇÃO DE DESPESAS.....	36
5. CAPITAL SEGURADO.....	37
6. FRANQUIA.....	37
7. ACÚMULO DE INDENIZAÇÃO.....	37
8. RATIFICAÇÃO.....	37
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.....	38
1. OBJETO DA COBERTURA.....	38
2. RISCOS COBERTOS.....	38
3. CAPITAL SEGURADO.....	41
4. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	41
5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	41
6. RATIFICAÇÃO.....	42
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.....	43
1. OBJETO DA COBERTURA.....	43
2. RISCOS COBERTOS.....	43
3. CAPITAL SEGURADO.....	44
4. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES.....	44
5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	44
6. RATIFICAÇÃO.....	45
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL.....	46
1. OBJETO DO SEGURO.....	46
2. CAPITAL SEGURADO.....	46
3. OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	46
4. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	46
5. RATIFICAÇÃO.....	46
COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL.....	47
1. OBJETO.....	47
2. DEFINIÇÕES DA COBERTURA.....	47
3. CAPITAL SEGURADO.....	47
4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	48
5. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	48
6. DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO.....	48
7. CONCORRÊNCIA DE SEGUROS.....	48
8. RATIFICAÇÃO.....	48
COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA (DITA).....	49
1. OBJETO DO SEGURO.....	49
2. DEFINIÇÕES.....	49
3. VALOR E PAGAMENTO DAS DIÁRIAS.....	49
4. LIMITES.....	50
5. FRANQUIA.....	50
6. DOCUMENTAÇÃO BÁSICA.....	50
7. ÂMBITO TERRITORIAL.....	50
8. CAPITAL SEGURADO.....	50
9. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	51
10. TÉRMINO DA COBERTURA.....	51
11. RATIFICAÇÃO.....	51
CLÁUSULA DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE.....	52
1. OBJETO DO SEGURO.....	52
2. CONCEITOS.....	52
3. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO.....	52
4. GARANTIAS.....	52
5. DOCUMENTAÇÃO BÁSICA.....	53

6. CAPITAL SEGURADO	53
7. VIGÊNCIA	53
8. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	53
9. BENEFICIÁRIOS.....	54
10. RATIFICAÇÃO	54
CLÁUSULA DE INCLUSÃO DE FILHO.....	55
1. OBJETO DO SEGURO.....	55
2. CONCEITO.....	55
3. GARANTIAS.....	55
4. DOCUMENTAÇÃO BÁSICA	55
5. CAPITAL SEGURADO	55
6. VIGÊNCIA	56
7. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	56
8. BENEFICIÁRIOS.....	56
9. RATIFICAÇÃO	56

CONDIÇÕES GERAIS

1 - GLOSSÁRIO

Para fins deste contrato de seguro, definir-se-á por:

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

1.1.1. 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 de 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.

1.1.2. Excluem-se desse conceito:

a) as doenças, incluídas as profissionais, moléstias ou enfermidades, qualquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas, entretanto, 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, definido nestas Condições Gerais.

1.2. Aditivo: Equivalente ao endosso, é o termo utilizado para definir instrumento do contrato de plano de seguro, emitido pela Seguradora, e utilizado para proceder a alterações na apólice, de comum acordo.

1.3. Apólice: É o documento escrito, emitido pela Seguradora e assinado pelo seu representante legal, que instrumentaliza o contrato de seguro entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado, de modo indissolúvel, por estas Condições Gerais, pelo Contrato e pelas Condições Especiais que tiverem sido efetivamente estipuladas. A apólice prova a aceitação e o conteúdo do contrato de seguro por parte da Seguradora.

1.4. Ato Ilícito: Ação ou omissão voluntária, por negligência, por imprudência ou por imperícia que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

1.5. Aviso de Sinistro: É a comunicação à Seguradora da ocorrência de evento coberto por este Seguro, conforme previsto na Apólice, Certificado Individual e/ou Condições Contratuais.

1.6. Beneficiário: É a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

1.7. Capital Segurado: É a importância máxima estabelecida para cada garantia deste Seguro, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto.

1.8. Carregamento: Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização do seguro.

1.9. 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.

1.10. Companheiro(a): Pessoa que se une a outra e que se apresente à Seguradora como se fosse legitimamente casado(a), formando uma entidade familiar.

1.11. Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais da apólice, de eventuais endossos, e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

1.12. Condições Especiais: São condições que especificam as diferentes modalidades de cobertura e garantias adicionais que podem existir dentro de um mesmo plano de seguro.

1.13. Condições Gerais: Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem direitos e obrigações tanto da Seguradora quanto do Segurado, do Estipulante e dos Beneficiários deste seguro.

1.14. Consignante: pessoa jurídica responsável, exclusivamente pela efetivação de desconto em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Seguradora, correspondente, aos prêmios devidos pelos Segurados.

1.15. Contrato: Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que particulariza a contratação do plano de seguro coletivo, indicando as características do seguro e suas especificidades. O contrato fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e do(s) Beneficiário(s).

1.16. Corretor: É a pessoa física ou jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros.

1.17. Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: Declaração legal e formal, na qual o proponente presta as informações e declarações sobre o seu estado de saúde e de atividade profissional exercida, sob sua responsabilidade e sob as penas previstas no art. 766 do Código Civil Brasileiro, para avaliação do risco pela Seguradora.

1.18. Doenças e Lesões Preexistentes e suas Consequências: São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado, anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na proposta de contratação ou de adesão ao seguro. Caracteriza-se, ainda, quando o Segurado omite tratamento realizado na contratação do plano de seguro.

1.19. Dolo: É toda espécie de artifício, engano ou manejo astucioso promovido por uma pessoa, com a intenção de induzir outrem à prática de um ato jurídico, em prejuízo deste e proveito próprio ou de outrem, ou seja, é um ato de má-fé, fraudulento, visando a prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro.

1.20. Endosso: Mesmo que Aditivo.

1.21. Estipulante: É a pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o seguro, ficando responsável por representar os Segurados perante a Seguradora, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas.

1.22. Evento Coberto: É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, previsto nas garantias do seguro e ocorrido durante sua vigência.

1.23. Excedente Técnico: Saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período definido na apólice.

1.24. Formulário de Aviso de Sinistro: O documento pelo qual é formalizada a comunicação da ocorrência de um sinistro à Seguradora, devidamente assinada pelo solicitante.

1.25. Foro: Âmbito geográfico ou local de disputas judiciais, relativas à responsabilidade do Segurado e do Segurador, decorrentes de litígios oriundos do contrato de seguro.

1.26. Franquia: É um valor inicial do Capital Segurado ou um período em dias, pelo qual o Segurado fica responsável como Segurador de si próprio. Este valor ou número de dias estarão definidos nas Condições Contratuais.

1.27. Garantia: É a designação genérica dos riscos cobertos pelo seguro e assumidos pela Seguradora, nos termos destas Condições Gerais, sendo também este termo empregado como sinônimo de cobertura.

1.28. Grupo Segurado: É aquele constituído pelos Componentes do Grupo Segurável que foram incluídos neste Seguro.

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

1.30. Indenização: É o montante do Capital Segurado que a Seguradora efetivamente paga ao Segurado ou a seus Beneficiários em decorrência de um evento coberto por este seguro, ocorrido durante sua vigência.

1.31. Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

1.32. Início de Vigência da Cobertura Individual: É a data a partir da qual a Seguradora assume a cobertura dos eventos previstos nestas Condições Gerais para cada Segurado.

1.33. Juros de mora: É a multa contratual em face do pagamento do prêmio ou da indenização em atraso, estabelecida nos termos destas Condições Gerais.

1.34. 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.

1.35. Partes contratantes: São os Segurados, Estipulante e a Seguradora.

1.36. Período de Cobertura: Aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

1.37. Plano de seguro: É o conjunto de direitos e obrigações descritos nas Condições Gerais do seguro, em consonância com o disposto na respectiva Nota Técnica Atuarial. Os documentos que compõem um plano de seguro são: a Nota Técnica Atuarial e as Condições Contratuais.

1.38. Prazo de Carência: É o período de tempo ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados, sem prejuízo do pagamento dos prêmios devidos.

1.39. Prêmio: É cada um dos pagamentos efetuados pelo Segurado e/ou Estipulante à Seguradora, para o custeio deste Seguro. O pagamento em dia do prêmio integral ou das parcelas vencidas antes da ocorrência do sinistro é imprescindível para que o Segurado e/ou o Beneficiário possam fazer jus às garantias deste seguro.

1.40. Processo SUSEP: é o registro deste plano de seguro na SUSEP, porém não implica por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

1.41. Proponente: É a pessoa física, componente do Grupo Segurável, que propõe a sua adesão ao Seguro e que passará a condição de Segurado Principal somente após a sua

aceitação pela Seguradora.

1.42. 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.

1.43. Proposta de Contratação: É o documento mediante o qual o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações, conforme estabelecidos nestas Condições Gerais.

1.44. Reabilitação do Seguro: É o restabelecimento das coberturas contratadas em função da aceitação da Seguradora, com o pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, desde que previsto nas condições do plano de seguro.

1.45. Regime Financeiro de Repartição Simples: A estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os Segurados do plano de seguro, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

1.46. Reintegração do Capital Segurado: Recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.

1.47. Regulação de Sinistro: É o exame, das suas causas e circunstâncias a fim de se caracterizar o risco ocorrido e, em face dessas verificações, se concluir sobre a cobertura, bem como se o Segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.

1.48. Renda: Série de pagamentos periódicos a que tem direito o Segurado ou Beneficiários, de acordo com a estrutura do plano de seguro.

1.49. Riscos Excluídos: São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano de seguro.

1.50. Seguradora: É a Seguradora autorizada a operar no ramo de seguro de pessoas e/ou acidentes pessoais, sob a fiscalização da SUSEP, e que se responsabilizará pelas garantias deste plano de seguro, mediante recebimento do respectivo prêmio.

1.51. Segurados: São os componentes do Grupo Segurado.

1.52. Segurados Dependentes: São o cônjuge/companheiro(a), filhos, pais, irmãos, enteados e demais, considerados dependentes do Segurado Principal pela legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social, desde que não figurem como Segurados Principais.

1.53. Segurados Principais: São as pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante, regularmente incluídas e aceitas no seguro.

1.54. Sinistro: Termo que define a ocorrência de um evento previsto e coberto pelas garantias contratadas, ocorrido durante a vigência do seguro e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.

1.55. Subestipulante: Pessoa física ou jurídica ligada por vínculo idôneo ao Estipulante e que participa do seguro, exercendo, diante dos Segurados a ele vinculados direta ou indiretamente, os poderes de representação, nas mesmas condições do Estipulante da apólice, e submetendo-se ao cumprimento de seus deveres e obrigações, atinentes aos contratos de seguros firmados.

2 - OBJETO DO SEGURO

2.1. O presente plano de seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), até o limite dos respectivos capitais segurados, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos nas garantias contratadas, observadas estas Condições Gerais, as Condições Especiais e o Contrato, expressamente convencionados.

3 - GARANTIAS DO SEGURO (RISCOS COBERTOS)

3.1. A(s) cobertura(s) oferecida(s) por este plano de seguro e contratada(s) pelo Estipulante encontra(m)-se disciplinada(s) na(s) Condições Especiais, que fazem parte integrante e complementar destas Condições Gerais.

3.2. Somente estarão abrangidas por este seguro, as garantias expressamente contratadas pelo Estipulante, com inclusão, na apólice, das Condições Especiais e Cláusulas a elas referentes e pagos os prêmios correspondentes.

3.3. Este seguro não possui cobertura básica, podendo ser contratadas quaisquer das coberturas oferecidas.

4 - RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos da cobertura deste Seguro os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

a) 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;

b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, golpe militar ou usurpação de poder, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício do serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, da utilização de meio de transporte mais arriscado ou de prática de esporte;

- d) de lesões, doenças ou acidentes preexistentes à inclusão do Segurado no plano de seguro, que sejam de seu conhecimento na data de contratação do plano de seguro e que não tenham sido por ele declarados na Proposta de Adesão;**
- e) competições em aeronaves e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios, quando não relacionados a práticas de esporte;**
- f) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g) lesão intencionalmente autoinfligida, suicídio e suas tentativas, independente da sanidade mental do Segurado, ocorridas nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do seguro ou da sua recondução depois de suspenso;**
- h) atos ilícitos dolosos ou culpa grave, equiparada ao dolo, praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante Legal, de um ou de outro;**
- i) atos ilícitos dolosos ou culpa grave, equiparada ao dolo, praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes nos seguros contratados por pessoas jurídicas;**
- j) de qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;**
- k) de parto, ou aborto e suas consequências; de choque anafilático e suas consequências, salvo quando decorrentes de acidentes pessoais cobertos;**
- l) das moléstias ou doenças crônicas decorrentes de picada de insetos;**
- m) de epidemias ou pandemias declaradas por órgão competente ou envenenamento em caráter coletivo;**
- n) da prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à Lei, incluindo nesta a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal.**

4.2. Tendo em vista que este Contrato garante o pagamento de um Capital predeterminado em virtude da ocorrência de sinistros cobertos, de acordo com as coberturas contratadas, nenhuma indenização será devida diferente das previstas, ainda que decorrentes de eventos cobertos.

4.2.1. Não estão garantidas indenizações para danos morais, danos estéticos, lucros cessantes, interrupção de renda, pensões, perdas e danos, entre outras.

5 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. O âmbito geográfico das coberturas será em todo o globo terrestre, salvo disposição em contrário discriminada nas condições especiais.

5.2. Quando for o caso, eventuais encargos de tradução, dos documentos necessários, referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

5.2.1. O reembolso será efetuado com base no câmbio oficial de venda, da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecida, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

6 - CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1. Carência

Não haverá aplicação de qualquer tipo de carência, exceto para o caso de suicídio e/ou sua tentativa, quando o período de carência corresponderá aos 02 (dois) primeiros anos ininterruptos, de vigência do seguro, contados da data de adesão ao plano de seguro, ou da sua recondução depois de suspenso.

6.2. Franquia

6.2.1. Somente serão aplicadas franquias para as coberturas de Diária de Incapacidade Temporária por Acidente, Diárias de Internação Hospitalar em Decorrência de Acidente Pessoal e Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas. Para a cobertura de Diária de Incapacidade Temporária por Acidente a Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º(décimo sexto) dia do acidente, caracterizando a incapacidade, até o dia da sua volta à atividade laborativa, respeitando os limites estabelecidos no item 4.1. das respectivas condições especiais.

Para a cobertura de Diárias de Internação Hospitalar em Decorrência de Acidente Pessoal a Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º(décimo sexto) dia do acidente, até o dia de sua alta, respeitando os limites estabelecidos no item 5.1. das respectivas condições especiais.

Para a cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, poderão ser aplicadas franquias dedutíveis de R\$ 200,00 e R\$ 500,00.

7 - GRUPO SEGURÁVEL

7.1. São Seguráveis:

a) Segurados Principais: aquelas pessoas que mantêm vínculo com o Estipulante;

b) Segurados Dependentes: os cônjuges/companheiras(os), filhos, pais, irmãos, enteados, e demais, considerados dependentes do Segurado principal pela Legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social e desde que não figurem como Segurados Principais.

7.2. Os grupos seguráveis, tendo em vista a natureza do vínculo existente entre Segurados e Estipulante, serão classificados nas Condições Contratuais, como:

a) **Classe “A”:** Grupos constituídos exclusivamente por componentes de uma ou mais categorias específicas de empregados de um mesmo empregador, abrangendo empresas coligadas, controladas e subsidiárias integrais do Estipulante, de acordo com a lei das Sociedades Anônimas, bem como, os grupos constituídos por membros de associações que congreguem exclusivamente empregados de um mesmo empregador, ou de um grupo de empresas.

b) **Classe “B”:** Grupos constituídos exclusivamente por membros de associações legalmente constituída, em que o sistema de pagamento de prêmio seja exclusivamente o de desconto na folha de salários e, por entidades de classe em que haja seleção profissional, não se exigindo neste caso, necessariamente, o sistema de pagamento mediante desconto em folha.

c) **Classe “C”:** Grupos de pessoas vinculadas a pessoas jurídicas que admitam a estipulação de Seguros através de estatutos ou de decisão administrativa, incluindo-se os denominados grupos abertos, em que a vinculação do Segurado ao grupo se dê pela simples adesão ao respectivo grupo.

8 - GRUPO SEGURADO

8.1. É em qualquer época, o conjunto de componentes do Grupo Segurável, desde que aceitos e incluídos na Apólice, cuja(s) garantia(s) contratada(s) esteja(m) em vigor, observando-se as situações previstas nos itens 12 e 13 destas Condições Gerais.

9 - ACEITAÇÃO DO PLANO DE SEGURO E ADESÃO AO GRUPO SEGURADO

9.1. A Proposta de Contratação, assinada, obrigatoriamente, pelo Estipulante e/ou Corretor de Seguros, deverá ser entregue à Seguradora, mediante protocolo de recebimento, com indicação de data, hora e local. A referida proposta deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.

9.2. As Condições Gerais e Especiais completas deste seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos Segurados, quando da apresentação da Proposta de Contratação.

9.2.1. A adesão à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

9.3. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la, mediante análise, conforme item 13 destas Condições Gerais. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado tacitamente aceito.

9.4. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

9.5. Em sendo aceita a Proposta de Contratação, a Seguradora emitirá a apólice, sendo que a inclusão dos proponentes será feita:

a) Através de mídia magnética, em layout e formato fornecido pela Seguradora ao Estipulante, contendo no mínimo, nome completo, data de nascimento, sexo, documento de identificação, valor do Capital Segurado e prêmio;

b) Deverá(ão) acompanhar a informação acima citada, a(s) respectiva(s) Proposta(s) de Adesão, devidamente preenchida(s) e assinada(s) pelo(s) proponente(s).

9.6. Na hipótese de transferência do grupo Segurado de uma Apólice para outra, da mesma ou de outra Seguradora, devem ser mantidos no seguro os Segurados Principais afastados do trabalho por doença ou acidente;

9.6.1. Para isto, o Estipulante deverá apresentar à Seguradora, para avaliação, antes da contratação do seguro, relação nominal contendo data de nascimento, Capital Segurado, data de afastamento e/ou motivo que provocou afastamento.

9.7. Após a implantação do seguro, o Estipulante deverá encaminhar mensalmente as movimentações (inclusão e exclusão de Segurados) à Seguradora com os respectivos dados antes mencionados, inclusive as alterações de capitais, para análise de aceitação.

9.7.1. A sociedade seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da sociedade seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

9.7.1.1. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Neste caso, o proponente possuirá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

9.8. No caso de não aceitação da Proposta de Contratação, a Seguradora, no prazo de 15 (quinze) dias, deverá comunicar por escrito ao Estipulante.

9.8.1. Caso tenha havido adiantamento de valor do prêmio, total ou parcial, ele será restituído ao proponente, através do Estipulante, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a partir do momento da formalização da recusa, observado o disposto nas alíneas a seguir:

a) do valor pago será deduzida a parcela “pro-rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, podendo, no entanto, a critério da Seguradora ser devolvido integralmente;

b) ultrapassado o prazo fixado no **subitem 9.8.1.**, acima, o valor a ser restituído será atualizado monetariamente pelo índice definido nestas Condições Gerais, a contar da data do pagamento até a data efetiva da restituição, bem como serão aplicados juros moratórios, contados a partir do 1º (primeiro) dia posterior ao término do referido prazo, calculados

“pro- rata-die” até a data da efetiva restituição.

9.9. São documentos do presente seguro: a Proposta, a Apólice com os respectivos anexos, o Contrato e os documentos de cobrança devidamente quitados.

9.9.1. Nenhuma alteração neste seguro será válida se não for realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

9.10. Não é permitida a presunção de que a Seguradora possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem da Proposta, Apólice e seus anexos, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma do item anterior.

10 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

10.1. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24 horas da(s) data(s) definida(s) nas Condições Contratuais da Apólice inclusive nos Certificados de Seguros e endossos correspondentes.

10.2. A Seguradora providenciará a emissão da Apólice ou do endosso no prazo de 15(quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

10.2.1. O início de vigência da cobertura para a Proposta de Contratação que tenha sido recepcionada, sem pagamento do prêmio, será a data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice.

10.2.2. O início de vigência da cobertura para a Proposta de Contratação que tenha sido recepcionada com adiantamento de prêmio, total ou parcial, será às 24 horas da data em que a Seguradora receber a proposta assinada pelo Estipulante.

10.3. Na renovação da Apólice deverá ser observado o seguinte:

10.3.1. Caso haja, na renovação, alteração da Apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os Segurados, ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

10.3.2. A Apólice poderá ser renovada automaticamente, uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas no item 27 destas Condições Gerais.

10.3.2.1. A renovação automática a que se refere o item acima também não se aplica se o Estipulante ou a Seguradora comunicar seu desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio, por escrito, de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final de vigência da Apólice.

10.3.3. Após a primeira renovação automática, para as renovações seguintes deverá haver

expressa manifestação do Estipulante/Segurado, seu Representante e/ou Corretor de Seguros, enviando à Seguradora proposta de renovação até 60(sessenta) dias antes do final da vigência deste seguro.

10.3.4. A Seguradora fornecerá ao proponente protocolo que identifique a proposta de renovação por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

10.3.5. À proposta renovação, aplicam-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados no item 9 destas Condições Gerais.

10.4. As garantias deste plano de seguro tem vigência por prazo determinado, e assim, é facultado à Seguradora não renovar este contrato na data do seu vencimento.

10.4.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

10.4.2. Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, irá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

10.5. A sociedade seguradora é obrigada a emitir e enviar o certificado individual no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

11 - ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO

11.1. O índice de adesão é a relação entre o número de Segurados e o total de componentes do Grupo Segurável.

11.2. O índice mínimo de adesão para implantação e manutenção da Apólice será fixado em cada caso, na Proposta de Contratação e nas Condições Contratuais.

12 - INCLUSÃO DE SEGURADOS

12.1. A inclusão dos Segurados Principais far-se-á das seguintes formas:

a) Automática: quando o seguro abrange todos os Componentes do Grupo Segurável;

b) Facultativa: quando o seguro abrange somente os Componentes do Grupo Segurável que autorizarem sua inclusão, ou, cuja cobertura seja contratada por conta e ordem do Estipulante.

12.2. As condições de inclusão e aceitação de cônjuge e de filhos estão reguladas nas respectivas Cláusulas.

12.3. Em caso de inclusão de menores de 14 anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.

12.4. Os capitais segurados do componente dependente não podem ser superiores ao do componente principal.

13 - ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

13.1. Somente poderão ser incluídas no seguro pessoas pertencentes ao Grupo Segurável, que na data estabelecida para início de vigência do risco individual, estiverem:

a) em plena atividade profissional / laborativa;

b) em boas condições de saúde; e,

c) tenham idade dentro dos limites estabelecidos nas Condições Contratuais da Apólice, na data do início da vigência da cobertura individual do Segurado;

13.2. A inclusão de cada proponente a Segurado no seguro far-se-á mediante ao preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, contendo no mínimo além dos dados pessoais, CPF, na falta deste o RG ou outro documento oficial com validade no território nacional, declaração de conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais do seguro, bem como declaração ou prova de saúde e indicação de seu(s) beneficiário(s).

13.2.1. A proposta de adesão será recepcionada pela Seguradora sob protocolo com indicação da data e hora de seu recebimento e, com base na declaração prestada pelo Proponente, a Seguradora fará análise para aceitação ou recusa dos riscos individuais propostos.

13.2.2. É facultado a Seguradora solicitar, para efeito de subscrição, informação ao proponente ou ao Segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

13.3. A Seguradora reserva-se o direito de exigir do Proponente exame(s) médico(s), diagnósticos ou relatórios médicos para avaliação do risco.

13.3.1. A negativa do Proponente em submeter-se ao(s) exame(s) implicará a recusa automática do risco.

13.4. Recebida a Proposta de Adesão com todos os dados exigíveis, a mesma será tacitamente aceita, abrangendo todas as Garantias, caso a Seguradora não a recuse formalmente, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.

13.5. O prazo de 15 (quinze) dias, do item anterior, será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos ou informações, complementares ou explicativas às contidas na Proposta de Adesão.

13.5.1. A contagem do prazo voltará a correr às 24 horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

13.5.2. A solicitação dos documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou

da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez.

13.6. Os aposentados, desde que não tenham sido por invalidez, podem ser incluídos no seguro, pagando eles próprios, ou o Estipulante, seus respectivos prêmios.

13.7. Somente podem ser incluídas no seguro as pessoas pertencentes ao Grupo Segurável que não estiverem afastados do trabalho na data fixada para início do respectivo risco individual, por motivo de doença ou acidente.

13.8. Não havendo regras de suspensão de cobrança dos prêmios do seguro, os prêmios dos Segurados admitidos no início do seguro e posteriormente afastados para tratamento de saúde, em decorrência de doença, serão recolhidos normalmente à Seguradora, sob pena de os Segurados afastados perderem o direito à indenização, caso esse recolhimento não ocorra.

13.8.1. É vedado, ao Segurado afastado, toda e qualquer alteração de capital decorrente de aumento por promoção após seu afastamento.

13.9. Os Proponentes portadores de deficiência devem ressaltar o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação de responsabilidade da Seguradora.

14 - INÍCIO DA GARANTIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO

14.1. O início de vigência do risco individual, desde que aceita a Proposta de Adesão, conforme item 13 destas Condições Gerais, será o estabelecido abaixo:

a) Os certificados e endossos terão seu início e término de vigência às 24 horas das datas para tal fim neles indicados;

b) Caso o seguro tenha sido recepcionado, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta de adesão ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice;

c) Caso o seguro tenha sido recepcionado, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, desde que aceito, conforme item 13 destas Condições Gerais, o início de vigência do risco individual será às 24 horas da data de recepção pela Seguradora.

14.2. No início de cada vigência individual do Seguro, bem como nos aniversários subsequentes, a Seguradora providenciará a emissão do certificado de Seguro, com os nomes dos Segurados e Dependentes, se for o caso, início e final de vigência do seguro, Capital Segurado e prêmio para cada garantia, entre outros.

15 - DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

15.1. É facultado ao Segurado indicar livremente o(s) Beneficiário(s), aplicando-se, para efeito de pagamento do Capital Segurado, o disposto no art. 792 do Código Civil Brasileiro.

15.2. Para fins deste dispositivo, a(o) companheira(o) será equiparada(o) à(ao) esposa(o),

nos casos admitidos pela lei Civil, observado o disposto no artigo 793 do Código Civil Brasileiro.

15.3. É facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir o(s) seu(s) Beneficiário(s), mediante comunicação por escrito à Seguradora, devidamente assinada e protocolada pela Seguradora, por intermédio do Estipulante, observado o artigo 791 do Código Civil Brasileiro.

15.4. Qualquer mudança de Beneficiário(s), desde que respeitada a formalidade acima, entrará em vigor a partir da data em que for recebida pela Seguradora a comunicação, sob protocolo.

15.5. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do beneficiário, o Capital Segurado referente à cobertura do beneficiário deverá ser pago aos herdeiros legais deste, salvo disposição em contrário.

16 - CUSTEIO DO SEGURO

16.1. Para fins deste seguro e de acordo com a proposta de contratação, o custeio pode ser:

a) **Não Contributário (Instituído):** É o seguro em que os Segurados não pagam prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento totalmente sobre o Estipulante. Neste seguro todos os componentes do Grupo Segurável serão incluídos na Apólice, excetuando-se apenas as pessoas não aceitas no seguro ou impedidas de serem seguradas e aquelas que se manifestarem, por escrito, contra sua inclusão no seguro;

b) **Contributário (Averbado):** É o seguro em que os Segurados pagam prêmio, total ou parcialmente. Neste tipo de seguro serão incluídos na Apólice somente os componentes do Grupo Segurável que se manifestarem expressamente pela sua inclusão no seguro.

16.2. Seja qual for a modalidade de custeio, o Estipulante sempre será responsável pelo recolhimento e pela quitação de prêmio(s) devido(s), ficando o Segurado isento de qualquer compromisso junto à Seguradora.

16.2.1. Quando se tratar de seguro classe “B” ou “C” fica a critério da Seguradora, com a concordância do Segurado Principal, a cobrança através de carnê, ficha de compensação ou outro instrumento de cobrança, ficando o Segurado responsável pelo pagamento, conforme condições estabelecidas no **item 17** destas Condições Gerais.

16.3. Os prêmios para o custeio deste seguro serão determinados pela aplicação das taxas de cada garantia contratada ao seu respectivo Capital Segurado.

16.4. Qualquer alteração de taxas de seguro, por implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

17 - PAGAMENTO DO PRÊMIO

17.1. A cobrança do prêmio à vista ou parcelada será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, do qual deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:

- a) nome do Segurado;
- b) valor do prêmio;
- c) data de emissão do documento de cobrança;
- d) número da apólice e/ou do certificado individual;
- e) data limite para o pagamento.

17.1.1. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem 17.1 diretamente ao Estipulante ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

17.2. O Segurado poderá optar se irá efetuar o pagamento do prêmio à vista ou de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual.

17.3. Caso o Segurado opte pelo pagamento dos prêmios de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de cobertura. **Na hipótese de rescisão do presente contrato em que o Segurado pague os prêmios mensais, nenhuma devolução de prêmio será devida.**

17.4. Caso o Segurado opte pelos prêmios anuais, cada pagamento será correspondente a um ano de cobertura.

17.4.1. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

17.5. Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a Seguradora obrigada a manter o registro das datas das operações realizadas.

17.6. O pagamento do prêmio será feito à Seguradora através da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei.

17.6.1. Quando o pagamento for efetuado através da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o **item 17.1** deverão constar do documento de cobrança o número da conta corrente da Seguradora, o nome e respectiva agência do banco recebedor e, se for o caso, a indicação de que o prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.

17.7. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com o dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser

efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

17.8. A Seguradora providenciará aviso alertando a inadimplência, no prazo máximo de 10 (dez) dias contados da primeira parcela não paga.

17.9. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

17.10. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.

17.11. O(s) prêmio(s) do seguro pago(s) em atraso terá(ão) seu(s) valor(es) atualizado(s) monetariamente até a data do efetivo pagamento pelo índice indicado no subitem 21.2 destas Condições Gerais.

17.11.1. Sem prejuízo do item anterior incidirá(ão) ainda sobre, o(s) prêmio(s) de seguro referente(s) ao período em atraso, juros moratórios de 12%(doze por cento) ao ano, calculados pro-rata-die.

17.12. A falta de pagamento do prêmio, seja pelo não pagamento do carnê ou outro documento de cobrança, seja pela inexistência de saldo suficiente na conta corrente indicada na Proposta de Contratação para débito, por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implicará o cancelamento automático do seguro, sendo o prazo da cobertura ajustado em função do prêmio efetivamente pago.

17.12.1. Neste período de Tolerância (60 dias) o segurado terá cobertura dos sinistros ocorridos, com a conseqüente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

17.13. A Seguradora poderá delegar ao Estipulante, sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a cobrança dos prêmios, ficando o Estipulante responsável pelo pagamento, nos prazos contratuais, das respectivas faturas ou documentos de cobrança emitidos pela Seguradora e apresentados através da rede bancária.

17.13.1. A delegação acima mencionada poderá ser revogada, a qualquer tempo, pela Seguradora, mediante notificação, por escrito, ao Estipulante.

17.13.2. Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora os prêmios de seguro contributivo recebidos dos Segurados, tal fato não dará direito ao cancelamento da Apólice, dos Segurados que tenham efetuado o pagamento, por ferir os direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita, sujeita às cominações legais.

17.13.3. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora.

17.13.4. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar nos documentos de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

17.13.5. Quando a forma de cobrança for a de desconto ou de consignação em folha, o

empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício ou mediante pedido do Segurado Principal, por escrito.

17.13.6. Os prêmios cobrados através de desconto ou consignação na folha de pagamento, não sendo o empregador o Estipulante do seguro, deverão ser recolhidos diretamente à Seguradora, mediante fatura ou documento de cobrança por ela apresentado, através da rede bancária. Nos Seguros que se enquadrarem nesta condição, poderão ser aplicados, a critério exclusivo da Seguradora, os dispostos nos subitens 17.13 e 17.13.1 acima.

18 - ALTERAÇÕES NO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

18.1. Qualquer modificação da Apólice em vigor, que implique em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de três quartos do Segurados pertencentes ao Grupo Segurado, conforme estabelecido no § 2º. do Art. 801 do Código Civil Brasileiro.

19 - CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

19.1. Para fins deste seguro, Capital Segurado é a importância máxima a ser paga ou reembolsada em função do valor estabelecido para as garantias contratadas, vigentes na data do evento.

19.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado a data do acidente, observadas, ainda, as datas definidas sob as Condições Especiais das coberturas que forem contratadas pelo Estipulante.

19.3. Nos planos coletivos, para cada grupo pode haver uma ou mais classes de capitais segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores objetivos, tais como idade, salário, etc.

19.4. A Seguradora pode recusar, ou aceitar sob restrições, ou Condições Especiais, o Capital Segurado que ultrapassar o seu respectivo limite de retenção, calculado nos termos da regulamentação específica.

19.5. A aceitação pela Seguradora de estabelecimento de Capital Segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará, obrigatoriamente, a observância de referido valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

20 - ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO INDIVIDUAL

20.1. O Capital Segurado e prêmios deverão ser atualizados monetariamente a cada ano, para todos os Segurados do Grupo Segurado, com base na variação acumulada do índice indicado no subitem 21.2., durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao da atualização anual.

20.2. No caso de pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado no item 21.2. até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

21 - ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES DECORRENTES DO CONTRATO DE SEGURO

21.1. 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.

21.2. Para os efeitos da atualização monetária, será utilizado o Índice de Preço ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IPCA/IBGE.

21.2.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do Índice definido, a atualização monetária terá por base o Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) ou índice que vier a substituí-lo.

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

21.3. A título de juros de mora será utilizado o percentual máximo de 12% (doze por cento) ao ano.

21.4. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora, não quitados nos prazos previstos nestas Condições Gerais, como devolução de prêmios e indenizações, sujeitam-se à atualização monetária, conforme previsto no subitem 21.2. acima.

21.5. A critério da Seguradora, a atualização poderá ser aplicada a partir da data de exigibilidade da obrigação pecuniária, mesmo que ela tenha sido paga dentro do prazo previsto. Considera-se como data de exigibilidade, a data de ocorrência do evento.

21.6. Quando o prazo, para quitação de qualquer obrigação pecuniária, fixado nestas Condições Gerais, não for observado, os valores devidos, além de corrigidos monetariamente, serão acrescidos de juros moratórios, com aplicação da taxa prevista no **subitem 21.3.**, acima, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para o cumprimento da obrigação pecuniária.

22 - PROVA DO SEGURO

22.1. Fazem parte deste contrato de seguro, os seguintes documentos:

a) Apólice;

b) Certificado Individual;

c) Instrumento/documentação de cobrança;

d) Manual do Segurado, contendo as Condições Gerais e Condições Especiais e as Condições Contratuais.

22.2. Deve ser incluída, no Certificado Individual, a informação de que cada Segurado, a qualquer tempo, poderá expressamente designar ou substituir os Beneficiários do Seguro.

23 - CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

23.1. As Garantias de qualquer Segurado cessarão:

a) com a morte do Segurado;

b) automaticamente, com o cancelamento da Apólice;

automaticamente, na data em que houver o desaparecimento de vínculo entre o Segurado e o Estipulante, salvo nos casos de aposentadoria verificados por “Tempo de Serviço” e desde que o Segurado manifeste o desejo de continuar no Seguro, assumindo ele próprio o custo total do prêmio, sendo ainda imprescindível a expressa concordância do Estipulante sobre a questão, para que a Seguradora formalize a alteração;

c) por solicitação escrita do Segurado ao Estipulante, de que o mesmo não deseja continuar no Seguro;

d) quando o Segurado deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

24 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS

24.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, deverá(ão) o(s) Beneficiário(s) informar imediatamente o sinistro à Seguradora, através do formulário “Aviso de Sinistro”, anexando os documentos básicos listados no **item 25** destas Condições Gerais, bem como esclarecendo todas as circunstâncias relacionadas ao evento, de forma a comprovar satisfatoriamente sua ocorrência.

24.2. Fica estabelecido o prazo de 30(trinta) dias para o pagamento do Capital Segurado devido pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação que comprove a ocorrência de sinistro coberto pela Apólice e os prejuízos indenizáveis.

24.3. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou ao Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos no **item 25** destas Condições Gerais, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no **subitem 24.2**, acima, será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos solicitados.

24.3.1. Não respeitado o prazo previsto no **subitem 24.2**, acima, os valores devidos serão corrigidos monetariamente, a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento, bem como acrescidos de juros moratórios, a partir do primeiro dia posterior à data da exigibilidade da obrigação até a data de seu efetivo pagamento, observado o disposto no item 21 destas Condições Gerais.

24.4. O pagamento será feito por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominativo, pagável no domicílio ou praça indicada pelo(s) Beneficiário(s) ou Segurado, no aviso de sinistro.

24.5. As despesas efetuadas com comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do interessado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

25 - RELAÇÃO DE DOCUMENTO PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

25.1. Os documentos básicos, necessários para liquidação de sinistro, que deverão ser encaminhados à Seguradora, são os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias, estas deverão ser autenticadas:

25.1.1. Para Cobertura de Morte Acidental

25.1.1.1. Formulário

a) Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, preenchido, assinado e carimbado pelo Estipulante e preenchido e assinado pelo Beneficiário.

25.1.1.2. Documentos do Segurado

a) Cópia da Certidão de Óbito;

b) Cópia da Certidão de Casamento, atualizada com a averbação do óbito do Segurado, se casado;

c) Cópia da Carteira de Identidade (RG), do CPF e do comprovante de residência;

d) Declaração médica indicando a causa mortis, com firma reconhecida;

e) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;

f) Cópia completa e atualizada da Ficha de registro do Empregado;

g) Radiografias, quando houver;

h) Guia de Internação, quando houver;

i) Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos de acidente de trânsito, onde o Segurado era o condutor do veículo;

j) Cópia do Laudo de Exame Cadavérico do IML;

- k) Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico e Psicotrópico, se houver;
- l) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- m) Cópia do Termo de Reconhecimento de Cadáver, se o caso exigir;
- n) Cópia do Laudo de Perícia Técnica, se houver;
- o) Cópia de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), devidamente habilitado pelo médico, quando o caso exigir.

25.1.1.3. Documentos do(s) Beneficiário(s)

- a) Cópia da carteira de identidade (RG), do CPF e do comprovante de residência, quando maior(es) de 18(dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
- b) Cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário(s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe;
- c) Cópia do termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es).
- d) Em caso de Companheiro(a), além dos documentos indicados no subitem 25.1.1.2, alínea “a”, providenciar cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda ou Declaração de duas testemunhas de que o Segurado vivia maritalmente, especificando data, e se deixou filhos, (citar nomes), com assinatura reconhecida em cartório.

25.2. Toda responsabilidade de pagamento das indenizações oriunda deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora, nenhuma relação se estabelecendo neste sentido com o Estipulante.

25.3. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na Apólice será proposta pela Seguradora ao Segurado, no prazo de 15(quinze) dias, a constituição de uma junta médica com 03(três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

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

25.3.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que estiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

26 - PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

26.1. Conforme o estabelecido no artigo 766 do Código Civil Brasileiro:

“Se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer colocações inexatas ou omitir

circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa, perderá o direito à Garantia, além de ficar obrigado ao Prêmio vencido.”

“Parágrafo único. Se a exatidão ou omissão não resultar de má fé do Segurado, a Seguradora terá direito de resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após Sinistro, a diferença do Prêmio.”

26.2. O Segurado também perderá o direito ao pagamento do Capital Segurado com base no presente seguro, caso haja por parte dele, seus representantes ou seu(s) Beneficiário(s):

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro; e**
- b) agravamento intencional do risco objeto do contrato, conforme previsto no art. 768 do Código Civil Brasileiro.**

26.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:

I - na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II - na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

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

26.4. Caso ocorra incidente suscetível de agravar o risco coberto, o Segurado, através do Estipulante, de imediato, deverá comunicar o fato, por escrito à Seguradora, sob pena de perder o direito à Garantia, se provar que silenciou de má-fé, conforme estabelecido no art. 796 do Código Civil Brasileiro:

26.5. A Seguradora poderá cancelar o contrato de seguro, mediante comunicação escrita do Estipulante, dentro do prazo de 15 (quinze) dias do recebimento do aviso de agravação, conforme previsto no parágrafo primeiro de artigo 769 do Código Civil Brasileiro.

26.5.1. O cancelamento só será eficaz trinta dias após a notificação, devendo ser restituída pela Seguradora a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

27 - CANCELAMENTO DO SEGURO

27.1. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará cancelado, independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização à parte infratora, preservados os direitos do Segurado, nas seguintes situações:

a) O Estipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;

b) Ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Estipulante, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro;

c) Extinção do Estipulante como pessoa jurídica ou sua inabilitação determinada por órgão competente, a que este estiver vinculada.

27.2. Além das situações mencionadas anteriormente, o seguro estará cancelado:

a) No caso de seguro não contributivo, em qualquer época, por mútuo e expreso consenso da Seguradora e do Estipulante, mediante aviso prévio de no mínimo 30 (trinta) dias;

b) No caso seguro contributivo, ressalvadas as hipóteses previstas no subitem 27.1 acima, somente poderá ser cancelado quando expirar o prazo de sua validade, ou antes disso, se houver mútuo e expreso consenso do Estipulante, Segurados Principais e Seguradora.

27.2.1. O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes, havendo anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

27.3. O pagamento pelo Estipulante ou por Segurado(s) de qualquer valor à Seguradora após a data do cancelamento não implica a reabilitação do seguro, nem gera qualquer efeito, ficando a disposição do(s) mesmo(s) a(s) importância(s) paga(s).

27.4. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

28 - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

29 - ESTIPULANTE - VINCULOS E OBRIGAÇÕES

29.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais.

29.2. 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.

29.3. Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro.

29.4. Repassar ao Segurado todas as comunicações ou aviso inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração.

29.5. Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao plano de seguro, emitidos para o Segurado.

29.6. Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade.

29.7. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistro.

29.8. Comunicar, de imediato, à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao plano de seguro contratado.

29.9. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

29.10. 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 plano de seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

29.11. Fornecer mensalmente à Seguradora uma relação discriminada dos Segurados a serem garantidos, contendo, de cada um, o nome, CPF, data de nascimento, data de adesão, número de certificado, e ainda o valor do saldo devedor, se for o caso.

30 - TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

30.1. No seguro de pessoas, a Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do(s) Beneficiários, contra o causador do sinistro, conforme disposto no art. 800 do Código Civil Brasileiro:

31 - CLÁUSULAS DE COBERTURA E SUPLEMENTARES

31.1. As Cláusulas de Cobertura e Suplementares somente terão validade quando expressamente ratificadas e incluídas na Apólice pelas Condições Contratuais e/ou Aditivo. Sua vigência coincidirá com a da Apólice quando incluídas no início do seguro; de modo contrário, terão o início de sua vigência fixado no aditivo que as incluir na Apólice.

32 - FORO CONTRATUAL

32.1. Para dirimir qualquer dúvida ou questão resultante deste seguro, entre Segurado e Seguradora, é facultado ao Segurado adesão à Cláusula Compromissória de Arbitragem, que deverá estar expressamente indicada na Proposta e nas Condições Contratuais/Especificação da Apólice.

32.2. Ao concordar com a aplicação da cláusula, referida no item 32.1., acima, o Segurado estará se comprometendo a resolver todos seus litígios com a Seguradora por meio de Juízo Arbitral, cujas sentenças têm o mesmo efeito que as proferidas pelo Poder Judiciário.

32.3. Cláusula Compromissória de Arbitragem – Regida pela Lei nº 9.307, de 23 de Setembro de 1996:

Surgindo qualquer diferença quanto à indenização a ser paga por esta Apólice, esta deverá ser referida a um Árbitro a ser nomeado pelas partes de acordo com as disposições estabelecidas por lei. Se qualquer diferença pelo presente contrato for referida a arbitragem, o pronunciamento de uma sentença será condição prévia para qualquer direito de ação contra a Seguradora.

33 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES AO PLANO DE SEGURO

33.1. Este seguro está sujeito à análise de risco.

33.2. Este plano de seguro foi submetido à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, estando suas condições registradas através do processo nº **15414.900050/2013-27**.

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

33.4. 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.

33.5. Os tributos decorrentes do presente contrato de seguro serão pagos por quem a lei determinar.

33.6. As menções ao Estipulante nas presentes Condições Gerais são extensivas ao Subestipulante da apólice, quando houver, estando este obrigado aos deveres e obrigações previstos no contrato para o Estipulante.

34 - PRESCRIÇÃO

34.1. Qualquer direito do Segurado, com fundamento na presente Apólice, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

35 - FORO

35.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do Beneficiário, para dirimir toda e qualquer controvérsia relativa ao presente contrato. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diferente do domicílio do Segurado ou do Beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE CESTA BÁSICA

1 - OBJETO

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, **garantir aos Beneficiários do Segurado o pagamento de “n” parcelas para aquisição de cestas básicas quando ocorrer a morte do segurado, decorrente de acidente pessoal coberto.**

2 - CAPITAL SEGURADO

2.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que ocasionou a morte acidental do segurado.

3 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

3.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

4 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

4.1. O pagamento das parcelas para aquisição das cestas básicas será feito sob a forma mensal e no número de parcelas estipulado nas Condições Contratuais, limitado a 12 parcelas.

4.2. Em caso de morte do beneficiário que esteja recebendo as parcelas para aquisição das cestas básicas antes do fim do período estabelecido para o recebimento, as parcelas restantes serão pagas ao novo beneficiário, conforme a ordem estabelecida no item 15.2 das Condições Gerais.

5 - RATIFICAÇÃO

5.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL - DIHA

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garantir o pagamento de um valor diário fixo, pagável por dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar abrangida por esta cobertura, desde que a hospitalização seja decorrente de acidente pessoal coberto por este seguro.

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

1.2. O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e ratificado na respectiva apólice.

1.3. Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar abrangida pelo período mínimo de 12(doze) horas, comprovada a utilização de pelo menos 01(uma) diária hospitalar.

1.4. O benefício máximo pagável sob este seguro é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por internação, sendo que, na reinternação as diárias serão cumulativas para este efeito, conforme disposto no subitem 1.5., a seguir.

1.5. Considerar-se-á, como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste seguro, dentro dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pago benefício concedido por esta cobertura.

1.6. Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.

2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos das Condições Gerais deste seguro, estão excluídos da presente cobertura os seguintes eventos:

- a) hospitalização decorrente de doença;**
- b) hospitalização quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;**
- c) procedimentos odontológicos;**
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;**
- e) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.**

2.2. Exclusões por Instituição Hospitalar Não Abrangida:

2.2.1. Estão excluídas da cobertura as internações em instituições do tipo abaixo relacionadas:

a) Instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital;

b) Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;

c) Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas; e

d) Instituições de saúde hidroterápica ou clínicas de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitados; clínicas de emagrecimento ou SPA.

3 - VALOR DAS DIÁRIAS

3.1. O valor de cada diária será estabelecido nas Condições Contratuais da Apólice com base na Proposta de Adesão, respeitados os limites indicados no **item 5.1** desta cobertura.

4 - PAGAMENTO DAS DIÁRIAS

4.1. A Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas a partir da internação hospitalar, em decorrência de acidente coberto, até o dia de sua alta médica, observados os limites estabelecidos nos **itens 1.4 e 5** desta cobertura.

4.2. As diárias serão pagas ao Segurado à medida que se tornem devidas, a cada 30(trinta) dias.

5 - LIMITES

5.1. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada e estabelecida nas Condições Contratuais da Apólice.

6 - CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

6.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

7 - FRANQUIA

7.1. Para esta cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias, a contar da data da incapacidade.

8 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

8.1. As indenizações por Diárias de Internação Hospitalar são cumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro, isto é, se em consequência do acidente coberto, o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta desta cobertura, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez, a indenização paga por DIHA.

9 - RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Cobertura.

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO - HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS - DMHO

1 - OBJETO DA COBERTURA

1.1. Garante ao Segurado, **nos casos de lesões ocorridas decorrentes de acidente coberto pela apólice**, até o limite do Capital Segurado contratado, o reembolso das despesas médico-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**.

1.1.1. Como tratamento, considera-se inclusive a internação hospitalar a critério do médico - assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, tomografia computadorizada, medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório.

2 - RISCOS EXCLUIDOS

2.1. Além das exclusões constantes das Condições Gerais, não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e de dietas especiais, bem como quaisquer despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente coberto;

3 - LIVRE ESCOLHA

3.1. É facultada ao Segurado e Dependente a livre escolha dos prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológico, desde que legalmente habilitados.

4 - COMPROVAÇÃO DE DESPESAS

4.1. O Segurado deverá comprovar as despesas médico-hospitalares e odontológicas, mediante a apresentação dos recibos originais acompanhados do Aviso de Sinistro, de receitas médicas, exames radiológicos, ultrassonográficos, tomográficos e de comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado de médico-assistente e contas hospitalares.

4.1.1. Devem ser anexadas cópias autenticadas dos seguintes documentos:

- a) Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;

b) RG, CPF e Certidão de Nascimento ou Casamento;

c) Comprovante de Residência.

5 - CAPITAL SEGURADO

5.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

6 - FRANQUIA

6.1. Para esta cobertura poderão ser aplicadas franquias dedutíveis de R\$ 200,00 e R\$ 500,00.

7 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÃO

7.1. As indenizações por Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente seguro, isto é, se em consequência de acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da cobertura de DMHO, a Seguradora não abaterá do Capital Segurado devido por Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, o valor pago por DMHO.

8 - RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1 - OBJETO DA COBERTURA

1.1. Garante na forma a seguir indicada, o pagamento de uma indenização ao Segurado, em caso de invalidez permanente, total ou parcial, decorrente de acidente pessoal coberto e desde que esteja terminado o tratamento e seja definitivo o caráter da invalidez total ou parcial.

1.2. Desde que contratada, a cobertura garante ao Segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela para o cálculo de Indenização em caso de invalidez permanente, total ou parcial, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, caso haja a perda redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas desta Cobertura e das Condições Gerais da Apólice.

2 - RISCOS COBERTOS

2.1. Como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, constantes da tabela contida no item 2.14, desta cobertura, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto.

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

2.3. Se, depois de paga uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, verificar-se a morte do Segurado, **em consequência do mesmo acidente**, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte Acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial, não se exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte Acidental.

2.4. Após cada acidente, o Capital Segurado relativo a esta cobertura será reintegrado automaticamente sem cobrança de prêmio, aplicando-se o disposto no **subitem 2.11**, a seguir, na ocorrência de novo evento coberto.

2.5. Se, após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, verificar-se a existência de invalidez permanente, total ou parcial, avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma indenização, de acordo, com “TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL”, constata no **subitem 2.14** desta Cobertura.

2.6. 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.

2.7. Na falta de indicação de percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau de redução: máximo, médio e mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25% respectivamente.

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

2.9. Quando o mesmo acidente resultar invalidez permanente parcial 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).

2.10. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a indenização prevista para sua perda total.

2.11. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução em um órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito à indenização, e será deduzida do grau de invalidez definitiva.

2.12. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente total ou parcial.

2.13. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.

2.14. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Discriminação	Sobre a Importância Segurada
Invalidez Permanente Total	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total de uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100

Invalidez Permanente Parcial (Diversas)	%
Perda total de visão de um olho	30
Perda total de visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento toracolombosacro da coluna vertebral	25
Invalidez Permanente Parcial de Membros Superiores	%
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos radioulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar:	Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.
Invalidez Permanente Parcial de 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 tibioperoneiros	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 quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma das falanges do 1º dedo.	Indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- menos de 3 (três) centímetros	sem indenização

3 - CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data do acidente.

4 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

4.1. As indenizações por MORTE e INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, se a cobertura de morte tiver sido contratada, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo, entretanto a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

5 - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito no item 24,

providenciando os documentos básicos descritos no item 25, ambos das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias, estas deverão ser autenticadas:

- a) Cópia do Laudo de Exame de Corpo de Delito (IML);
- b) Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente, e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

6 - RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Cobertura.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1 - OBJETO DA COBERTURA

1.1. Garante, na forma a seguir indicada, o pagamento de uma indenização ao Segurado, em caso de invalidez permanente total, desde que esteja terminado o tratamento e seja definitivo o caráter da invalidez.

1.2. Desde que contratada, garante ao Segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela para o cálculo de indenização, em caso de Invalidez permanente total, equivalente ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, **caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva total de membros ou órgãos, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas desta Cobertura e das Condições Gerais da Apólice.**

2 - RISCOS COBERTOS

2.1. Como Invalidez Permanente Total por Acidente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total, de membros ou órgão, constantes da tabela contida no item 2.9, desta cobertura, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto.

2.4. Após cada acidente, o Capital Segurado relativo a esta Cobertura será reintegrado automaticamente sem cobrança de prêmio adicional, aplicando-se o disposto no **subitem 2.6, a seguir**, na ocorrência de novo evento coberto.

2.5. Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificar-se a existência de invalidez permanente total, avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma indenização, de acordo, com “TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL”, constata no **subitem 2.9**, destas Condições Especiais.

2.6. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução em um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito à indenização, e será deduzida do grau de invalidez definitiva total.

2.7. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente total.

2.8. A Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.

2.9. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

Discriminação	Sobre a Importância Segurada
Invalidez Permanente Total	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total de uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100

3 - CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data do acidente.

4 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

4.1. As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total, não se exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte Acidental.

5 - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder, conforme descrito no **item 24**, providenciando os documentos básicos descritos no **item 25**, ambos das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias, elas deverão ser autenticadas:

- a) Cópia do Laudo de Exame de Corpo de Delito (IML);
- b) Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas totais definitivas, deixadas pelo acidente, e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

6 - RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1 - OBJETO DO SEGURO

1.1. Garantir ao(s) Beneficiário(s), indicado(s) na apólice, o pagamento do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de morte do Segurado causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, conforme definido no subitem 1.1 das Condições Gerais da apólice, ocorrido durante a vigência deste seguro, observadas todas as suas demais cláusulas e condições.

2 - CAPITAL SEGURADO

2.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga ao(s) Beneficiário(s), em razão de sinistro coberto, conforme estabelecido, na Apólice, e vigente na data do acidente.

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

3 - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

3.1. Em caso de sinistro cabe ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no **item 24**, providenciando os documentos básicos descritos no **item 25**, das Condições Gerais desta apólice.

4 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

4.1. As indenizações por MORTE ACIDENTAL e INVALIDEZ PERMANENTE, quando contratada, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

5 - RATIFICAÇÃO

5.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Cobertura.

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL

1 - OBJETO

1.1. Mediante pagamento de prêmio correspondente e expressa inclusão desta cláusula na apólice do Segurado, o objetivo deste seguro é de **garantir aos Beneficiários do Segurado, o reembolso de valores, comprovadamente, gastos com despesas fixas de funeral do Segurado, até o valor estabelecido e fixado para esta cobertura em cada certificado individual, e desde que a morte do Segurado seja decorrente de acidente pessoal coberto.**

2 - DEFINIÇÕES DA COBERTURA

2.1. Entender-se-á por:

2.1.1. AUXÍLIO FUNERAL o reembolso de despesas fixas e comprovadas, pagos pelo(s) beneficiário(s) do Segurado.

2.1.2. DESPESAS FIXAS DE FUNERAL SÃO os valores comprovadamente gastos com o funeral do Segurado, para pagamento, exclusivo, das seguintes despesas:

- a) Gastos de Traslado e Remoção do corpo do Segurado, exclusivamente, dentro do Território Nacional;
- b) Aquisição de Urna/Caixão;
- c) Contratação de Carretos;
- d) Registro de Óbito em Cartório;
- e) Locação de Jazigo por período de até 3 (três) anos a contar da data do sepultamento;
- f) Cremação, exclusivamente, quando existir no município de moradia habitual do Segurado;
- g) Paramentos, entendidos como castiçais, velas e aparelhos de ozona;
- h) Mesa de Condolências, entendida como mesa para livro de presenças;
- i) Velório, entendido como locação de sala velatória ou capela;
- j) Serviços de Ornamentação, entendidos como Véu, enfeite floral e uma coroa de flores;

3 - CAPITAL SEGURADO

3.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que ocasionou a morte acidental do segurado.

4 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

4.1. O pagamento do reembolso das despesas devidas dar-se-á em até 30 (trinta) dias da apresentação dos comprovantes originais de pagamento das despesas abrangidas, conforme previstas no item 2 desta Cobertura.

5 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

5.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

6 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO:

6.1. Além dos documentos relacionados no item 25 das Condições Gerais, deverão ser apresentados todos os comprovantes originais das despesas com funeral, previstas no item 2 desta cobertura.

7 - CONCORRÊNCIA DE SEGUROS

7.1. Por se tratar de reembolso de despesas, existindo mais de uma apólice garantindo as despesas previstas pelo item 2 desta cobertura, a indenização obedecerá aos seguintes critérios:

a) Quando o total das despesas devidas for superior à soma dos capitais Segurados das apólices:

A indenização será igual ao valor do capital estabelecido para esta cobertura.

b) Quando o total das despesas devidas for inferior à soma dos capitais Segurados das apólices:

A indenização será igual ao resultado da aplicação do capital estabelecido para esta cláusula, vezes o total das despesas acobertadas pelo item 2, desta cobertura, e dividido pela soma dos capitais segurados de todas as apólices.

8 - RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Cobertura.

COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - DITA

1 - OBJETO DO SEGURO

1.1. Garantir o pagamento de diárias ao Segurado, profissional liberal ou autônomo, que, em decorrência de acidente pessoal coberto, mantenha-se afastado de sua principal atividade profissional, por um período superior ao da franquia estipulada, conforme item 5 desta Cobertura.

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

1.1.2. Para os efeitos desta cobertura, a impossibilidade de exercer atividade relativa à sua profissão somente será reconhecida, quando determinada por um médico legalmente habilitado e comprovada, posteriormente, através do envio dos exames complementares.

1.1.3. O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão, nas Condições Contratuais e ratificado na respectiva apólice, bem como o número de diárias contratadas sob estas Condições Especiais.

2 - DEFINIÇÕES

2.1 Além dos conceitos previstos no item 1, das Condições Gerais da apólice, para os fins desta cobertura, entende-se como “profissional liberal e autônomo” aqueles que contribuem para a Previdência Social (INSS) e recebem pagamentos por prestação de serviços, sem qualquer vínculo empregatício, sendo esta a forma principal de seus rendimentos.

3 - VALOR E PAGAMENTO DAS DIÁRIAS

3.1. O valor de cada diária será estabelecido nas Condições Contratuais, respeitados os limites indicados no item 4 desta cobertura.

3.2. A Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º (décimo sexto) dia do acidente, caracterizando a incapacidade, até o dia da sua volta à atividade laborativa, respeitando os limites estabelecidos no item 4.1 desta cobertura.

3.3. As diárias serão pagas ao Segurado à medida que se tornem devidas, a cada 30 (trinta) dias.

3.4. O afastamento somente será reconhecido quando determinado por um médico devidamente habilitado e comprovado posteriormente através do envio dos exames complementares.

4 - LIMITES

4.1. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, e estabelecida nas Condições Contratuais da Apólice.

5 - FRANQUIA

5.1. A franquia é de 15 (quinze) dias, consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data do afastamento da atividade profissional do Segurado, por determinação médica, período durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento do seguro para qualquer evento.

5.1.1. O número de dias estabelecido como franquia constará do Contrato, da Proposta de Adesão e da Apólice.

5.2. A partir do primeiro dia após o término do prazo acordado como franquia, os pagamentos serão devidos e ficam limitados, por evento, até o prazo máximo determinado no Contrato.

6 - DOCUMENTAÇÃO BÁSICA

6.1. Além da documentação básica, prevista no item 25, das Condições Gerais, o Segurado deverá providenciar os seguintes documentos adicionais:

- a) Todos os laudos e exames realizados desde a data do diagnóstico até a data da entrega da documentação;
- b) Comprovação do exercício da atividade profissional;
- c) Cópia autenticada do recolhimento do INSS, do ISS ou ICMS;
- d) Cópia autenticada do último imposto de renda ou carnê leão.

7 - ÂMBITO TERRITORIAL

7.1 O disposto no subitem 5.1 das Condições Gerais deste seguro não se aplica à Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente, a qual só está coberta em caso de acidentes ocorridos no Brasil e durante a permanência do Segurado no País.

8 - CAPITAL SEGURADO

8.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

8.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do afastamento.

9 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

9.1. As indenizações por diária de incapacidade temporária, decorrente de acidente, são cumulativas com qualquer outra cobertura deste seguro, ou seja, se em consequência de acidente coberto, o Segurado vier a falecer ou ficar total e permanentemente inválido, e, antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização, por conta desta cobertura, a Seguradora não abaterá a indenização paga pela presente cobertura (DITA).

9.2. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento indenizável, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou sobreposição de indenização.

10 - TÉRMINO DA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais da apólice, a presente garantia perderá seus efeitos, para cada Segurado, quando a presente Cobertura for cancelada, ficando, nesse caso, a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

11 - RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não tenham sido alteradas por esta Cobertura.

CLÁUSULA DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1 - OBJETO DO SEGURO

1.1. A presente Cláusula garante o pagamento de indenização ao Segurado Principal pela morte acidental de seu cônjuge, ou pagamento ao próprio cônjuge, se contratadas, também, as garantias de invalidez permanente total por acidente ou invalidez permanente total ou parcial por acidente, observadas as condições desta Cláusula e as demais disposições das Condições Contratuais.

2 - CONCEITOS

2.1. Cônjuge é a pessoa com a qual o Segurado mantém vínculo matrimonial.

2.1.1. Equipara-se ao cônjuge, para efeito deste seguro, a(o) companheira(o) do Segurado Principal, desde que haja comprovação de união estável, na forma admitida na legislação em vigor, por ocasião da ocorrência de eventual sinistro.

2.2. Não podem participar como Segurados sob esta cláusula os cônjuges ou companheiros do Segurado Principal, que façam parte do Grupo Segurado na condição de Segurados Principais, nem os cônjuges ou companheiros separados de fato dos Segurados.

3 - CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

3.1. A inclusão desta Cláusula na apólice poderá ser feita da forma automática ou facultativa, segundo os critérios a seguir:

a) Automática - quando abranger todos os cônjuges dos Segurados Principais.

b) Facultativa - quando abranger somente os cônjuges dos Segurados Principais, que assim o autorizarem.

4 - GARANTIAS

4.1. Poderão ser contratadas para a cobertura de cônjuge de que trata esta Cláusula, as seguintes garantias:

a) Morte Acidental;

b) Invalidez Permanente Total;

c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

4.2. As garantias acima somente poderão ser admitidas se o Segurado Principal as contratar, observados, em todos os casos, que o seguro sob esta Cláusula está sujeito às mesmas disposições previstas para o seguro do Segurado Principal.

5 - DOCUMENTAÇÃO BÁSICA

5.1. Os documentos básicos para a análise do sinistro do cônjuge são os mesmos previstos para os Segurados Principais, nas condições contratuais deste seguro.

6 - CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado da(s) cobertura(s) do cônjuge ou companheiro(a) será estabelecido nas condições da apólice, podendo ser expresso em percentuais do Capital Segurado do Segurado Principal.

6.1.1. O Capital Segurado do cônjuge ou companheiro(a) não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do fixado para a(s) respectiva(s) cobertura(s) do Segurado Principal.

7 - VIGÊNCIA

7.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta apólice começará a vigorar:

7.1.1. Na data do início da cobertura do risco individual do Segurado Principal, para o cônjuge ou companheiro(a) admitido(a) no grupo simultaneamente com o mesmo (Segurado Principal).

7.1.2. Na data da inclusão da cláusula na apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta for incluída após o início de vigência da apólice.

7.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cláusula cessará individualmente para o cônjuge ou companheiro(a), incluído(a) no seguro, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

a) quando a presente cláusula for cancelada na apólice;

b) com a cessação da condição de dependente, independentemente deste fato ter sido ou não comunicado à Seguradora e de eventuais prêmios pagos.

8 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

8.1. As indenizações por MORTE ACIDENTAL e INVALIDEZ PERMANENTE, quando contratada pelo cônjuge, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE verificar-se a morte do Cônjuge em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

9 - BENEFICIÁRIOS

9.1. A indenização por morte acidental, devida por esta Cláusula será paga ao Segurado Principal.

9.1.1. Em caso de contratação da(s) cobertura(s) de invalidez, prevista(s) nas alíneas “b” e “c” do subitem 4.1 acima, a indenização será paga ao próprio cônjuge ou companheiro(a).

9.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais deste, salvo disposição em contrário.

10 - RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas por esta Cláusula.

CLÁUSULA DE INCLUSÃO DE FILHO

1 - OBJETO DO SEGURO

1.1. A presente Cláusula garante o pagamento de indenização ao Segurado Principal pela morte acidental do(s) filho(s), ou dependentes equiparados a filhos, para efeito deste seguro, observadas as condições desta Cláusula e as demais disposições das Condições Contratuais.

1.1.1. Quando ambos os cônjuges forem componentes do Grupo Segurado, o(s) filho(s) será(ão) incluído(s) uma única vez, como dependente daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal, para efeito desta Cláusula.

1.1.2. Esta Cláusula somente poderá fazer parte das condições do seguro se expressamente contratada e se constar na apólice a Cláusula de Inclusão de Cônjuge, incluída de forma automática.

2 - CONCEITO

2.1. Consideram-se como filhos, para efeitos desta Cláusula, as pessoas caracterizadas como Segurados Dependentes, na forma prevista nas Condições Gerais desta apólice.

3 - GARANTIAS

3.1. Poderá ser contratada para a cobertura de filho de que trata esta Cláusula, a Cobertura de Morte Acidental.

3.2. A garantia acima somente poderá ser admitida se o Segurado Principal a contratar, observados, em todos os casos, que o seguro sob esta Cláusula está sujeito às mesmas disposições previstas para o seguro do Segurado Principal.

4 - DOCUMENTAÇÃO BÁSICA

4.1. Os documentos básicos para a análise do sinistro do filho são os mesmos previstos para os Segurados Principais, nas condições contratuais deste seguro.

5 - CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado da garantia dos filhos será estabelecido nas Condições Contratuais, podendo ser expresso em percentuais do Capital Segurado do Segurado Principal.

5.1.1. O percentual fixado não poderá em hipótese alguma ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal.

5.1.2. No caso de menores de 14 (quatorze) anos, o Capital Segurado sob esta Cláusula destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das 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.

6 - VIGÊNCIA

6.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta apólice começará a vigorar:

6.1.1. Na data do início da cobertura do risco individual do Segurado Principal, para o(s) filho(s) ou dependente(s) equiparado(s) a filho(s), admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo (Segurado Principal).

6.1.2. Na data da inclusão da cláusula na apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta for incluída após o início de vigência da apólice.

6.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cláusula cessará individualmente para o(s) filho(s) ou dependente(s) equiparado(s) a filho(s), incluído(s) no seguro, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

a) quando a presente cláusula for cancelada na apólice;

b) com a cessação da condição de dependente, independentemente deste fato ter sido ou não comunicado à Seguradora e de eventuais prêmios pagos.

7 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

7.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

8 - BENEFICIÁRIOS

8.1. A indenização por morte acidental, devida por esta Cláusula, será paga ao Segurado Principal.

8.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais deste, salvo disposição em contrário.

9 - RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas por esta Cláusula.