

Condições Gerais Seguro Acidentes Pessoais de Passageiros



Olá,

Pensando em você e no desenvolvimento do seu negócio, a Volts Seguradora estruturou este material para tornar o seguro empresarial mais simples, transparente e fácil de entender.

Além de contar com uma proteção completa, desenvolvida para preservar o patrimônio da sua empresa e proporcionar mais tranquilidade no dia a dia, você passa a ter acesso a uma série de benefícios e serviços gratuitos, cuidadosamente selecionados para apoiar a sua operação.

Neste guia prático do segurado, apresentamos de forma objetiva esses benefícios e, na sequência, explicamos de maneira clara as condições gerais do seu contrato de seguro, bem como os planos de serviços opcionais disponíveis, que ampliam ainda mais o nível de proteção e personalização do seu seguro.

CONHEÇA O SEU SEGURO

Para aproveitar todos os benefícios do seu seguro com tranquilidade, é importante conhecer as coberturas e os planos de serviços contratados, descritos detalhadamente em sua apólice.

Nas Condições Gerais, você encontrará informações claras sobre o que cada cobertura garante, seus limites e regras de utilização. Recomendamos a leitura atenta de cada item para que você tenha total compreensão da proteção contratada.

Dados de envio

Destinatário:

Volts Seguradora S/A. (Regulação de Sinistro)
Rua Paraíba, 330 – Funcionários
Belo Horizonte/MG - CEP 30130-140

Central de Atendimento

SAC: **0800 031 2025**

Atendimento 24 horas

Ouvidoria: **0800 087 1234**

Atendimento de 2^a a 6^a feira das 08:30 às 17:30hs.

Sumário

1.	OBJETIVO DO SEGURO	5
2.	PUBLICO ALVO	5
3.	DEFINIÇÕES	5
4.	COBERTURAS	9
5.	DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS	10
6.	RISCOS COBERTOS	10
7.	EXCLUSÕES GERAIS	10
8.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	12
9.	FRANQUIAS E CARÊNCIAS	12
10.	GRUPO SEGURÁVEL	12
11.	INCLUSÃO DE SEGURADOS	13
12.	ACEITAÇÃO DO SEGURO	13
13.	VIGÊNCIA DO SEGURO	15
14.	RENOVAÇÃO DA APÓLICE	16
15.	CAPITAL SEGURADO	17
16.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	18
17.	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	20
18.	PRAZO DE TOLERÂNCIA	20
19.	REINTEGRAÇÃO	21
20.	APLICABILIDADE DE MORA	21
21.	PERDA DO DIREITO	22
22.	CANCELAMENTO DA APÓLICE	23
23.	CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL	24
24.	REAVALIAÇÃO DA TAXA	24
25.	OBRIGAÇÕES	25
26.	REPRESENTANTE DE SEGUROS	26
27.	REGULAÇÃO DO SINISTRO	28
28.	BENEFICIÁRIOS	31
29.	PRAZOS PRESCRICIONAIS	31
30.	REGIME FINANCEIRO	32
31.	EXCEDENTE TÉCNICO	32
32.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	33

33.	SUB-ROGAÇÃO	33
34.	FORO.....	34
35.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	34



1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao(s) motorista(s) e/ ou passageiro(s) do(s) veículo(s) discriminado(s) na apólice ou ainda aos seus beneficiários, até o limite dos respectivos capitais segurados na ocorrência de Acidente Pessoal coberto pelas Coberturas contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às condições contratuais.

2. PUBLICO ALVO

2.1. O seguro de acidentes pessoais passageiros é uma modalidade de seguro que oferece proteção aos ocupantes de veículos em caso de acidentes.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Para fins deste seguro, considera-se “acidente pessoal”: 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 a Invalidez Permanente, Total ou Parcial do segurado ou que torne necessário tratamento médico.

3.2. Acidente Pessoal nova nomenclatura no novo marco regulatório como Seguro sobre a Integridade Física: Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

- **Incluem-se, nesse conceito:**

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada 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.

- **Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste seguro:**

- a) as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- b) 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 Osteo-musculares 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;
- c) 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; e,
- d) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

Aditivo: documento emitido pela Seguradora, e que se destina a adicionar coberturas ou características complementares a cláusulas já existentes na apólice, tornando-se a partir de sua aplicação, parte integrante da mesma.

Apólice: É o documento emitido pela Sociedade Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.

Beneficiário: É a pessoa a favor da qual é contratado o seguro ou que tenha direito ao recebimento à indenização pela ocorrência de evento coberto pelo seguro.

Capital Segurado: É a importância máxima a ser paga ao Segurado ou Beneficiário em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

Carência: É o período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

Certificado Individual: documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora quando da aceitação de proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de Capital Segurado ou prêmio.

Cobertura: São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da contratação do seguro, e que são exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, da apólice, do contrato, da proposta de adesão e do certificado

individual.

Condições Especiais: Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam existir dentro de uma mesma apólice de seguro.

Condições Gerais: Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e do estipulante.

Corretor de Seguro: É o profissional, escolhido diretamente pelo estipulante, devidamente habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros remunerados, mediante comissões estabelecidas na tarifa.

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

Doenças e/ou Lesões Preexistentes: São as doenças de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.

Dolo: É um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

Endosso: Documento, emitido pela seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o segurado.

Estipulante: É a pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que contrata a apólice de seguros, ficando investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Sociedade Seguradora.

Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas Coberturas contempladas nestas Condições Gerais.

Formulário de Aviso de Sinistro: documento através do qual é feita a comunicação do sinistro à seguradora.

Franquia: valor de participação obrigatória do Segurado e/ou estipulante, a ser deduzido do total da indenização devida, em caso de ocorrência de sinistro garantido pela apólice.

Grupo Segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

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

Indenização: É o valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

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

Lotação Oficial: é a Lotação Oficial do veículo de acordo com o documento expedido pelo órgão

regulamentador.

Motorista(s): Conductor(es) do(s) veículo(s) discriminado(s) na especificação da apólice do respectivo Estipulante, devidamente habilitados para os respectivos veículos.

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

Passageiros: Consideram-se passageiros, todas as pessoas que estiverem sendo transportadas dentro do(s) veículo(s), discriminado(s) na especificação da apólice do respectivo Estipulante e devidamente licenciados para o transporte de pessoas, exceto o motorista, limitado ao número da lotação oficial, sentados e em pé (em caso de transporte urbano ou interurbano), desde que respeitando a capacidade oficial do órgão regulamentador.

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

Prazo de Carência: período, 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.

Prêmio: Importância paga pelo Segurado ou estipulante e/ou proponente à Seguradora para que esta assumo o risco a que o Segurado está exposto.

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

Proposta de Adesão: Documento emitido por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação sob a forma coletiva, nele manifestando pleno conhecimento do Regulamento e do respectivo contrato.

Proposta de Contratação: Documento, emitido por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, em que o proponente, pessoa física, em planos contratados sob a forma individual, ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), nele manifestando pleno conhecimento do Regulamento e, no caso de contratação sob a forma coletiva, do respectivo contrato.

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

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

Seguradora: Empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.

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

Taxa: É o elemento necessário à fixação das tarifas de prêmios, cálculo de juros, reservas matemáticas, etc. A taxa é uma percentagem fixa, que se aplica a cada caso determinado, estabelecendo a importância necessária ao fim visado. Nos Seguros de Acidentes Pessoais, é comum encontrar as taxas expressas em percentagem (%).

Veículo: Do latim vehiculum, é todo e qualquer meio de transporte existente. Seja motorizado ou não. Por quaisquer vias (terrestres, marítimas ou aéreas).

Vigência do Seguro: É o período no qual a apólice de seguro está em vigor

4. COBERTURAS

4.1. Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles constantes no Certificado Individual e definidos nas Condições Contratuais, que fazem parte integrante e inseparável da apólice, e nela se encontram expressamente ratificadas.

4.1.1. São consideradas Coberturas Básicas:

- a) Morte Acidental do Motorista
- b) Morte Acidental dos Passageiros

4.1.2. São consideradas Coberturas Adicionais:

- a) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Motorista
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente dos Passageiros
- c) Invalidez Permanente Total por Acidente do Motorista
- d) Invalidez Permanente Total por Acidente dos Passageiros
- e) Auxílio Funeral em caso de Morte Acidental do Motorista
- f) Auxílio Funeral em caso de Morte Acidental dos Passageiros
- g) Auxílio Cesta Básica em caso de Morte Acidental do Motorista
- h) Auxílio Cesta Básica em caso de Morte Acidental dos Passageiros
- i) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas do Motorista
- j) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas dos Passageiros

- k) Diária por Incapacidade Física e Temporária por Acidente do Motorista
- l) Diária por Incapacidade Física e Temporária por Acidente dos Passageiros
- m) Diária por Internação Hospitalar por Acidente do Motorista
- n) Diária por Internação Hospitalar por Acidente dos Passageiros

4.2. Este Seguro é composto por Cobertura Básica e Coberturas Adicionais, sendo obrigatória a contratação de, pelo menos, uma das Coberturas Básicas.

4.3. Para os menores de 14 (quatorze) anos, a Cobertura de Morte Acidental destinam-se somente ao reembolso das despesas realizadas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

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

5. DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS

5.1. As coberturas deste seguro estão descritas nas Condições Especiais deste seguro.

6. RISCOS COBERTOS

6.1. Estão cobertos exclusivamente os eventos descritos nesta Condição Geral como riscos cobertos, desde que ocorridos durante a vigência do seguro e respeitados os limites contratados.

7. EXCLUSÕES GERAIS

7.1. Para todas as coberturas estão expressamente excluídos deste seguro, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) quaisquer tipos de doenças (Este seguro só cobre Acidentes Pessoais de Passageiros);
- b) quaisquer tipos de Lucros Cessantes;
- c) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição à radiações nucleares ou ionizantes;
- d) o suicídio, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos dois primeiros anos de vigência individual do Seguro ou sua recondução depois de suspenso;

- e) danos morais;
- f) para portadores de deficiência física: lesões relacionadas a quaisquer manifestações clínicas preexistentes de conhecimento prévio dos Segurados, e não declaradas na Proposta Individual de Adesão, devidamente evidentes como direta e/ou indiretamente relacionadas à causa da deficiência física e/ou às suas repercussões, assim como, as condições clínicas advindas de qualquer complicação, em qualquer tempo, inclusas as decorrentes e as relacionadas aos tratamentos instituídos e ainda, as lesões e disfunções de qualquer natureza e expressão e suas respectivas consequências, também em qualquer tempo, que tenham sido induzidas, precipitadas e/ou facilitadas pela deficiência física do Segurado e/ou por quaisquer de suas interdependências patológicas e/ou disfuncionais, mesmo que temporárias, preexistentes de conhecimento prévio dos Segurados, e não declaradas na Proposta Individual de Adesão.
- g) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- h) movimentos populares, represálias, restrições à livre circulação, greves explosões, emanção de calor ou radiação provenientes da transmutação ou desintegração de núcleo atômico, de radioatividade ou outros casos de força maior que impeçam a intervenção da Seguradora, salvo prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- j) Atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes nos seguros contratados por pessoas jurídicas;
- k) Lesões por esforço repetitivo (L.E.R.) e doenças relacionadas ao trabalho (D.O.R.T.) ou Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo
- l) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- m) perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor as Condições Gerais do presente Seguro;
- n) acidentes sofridos antes da contratação do Seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência;
- o) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço

Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

p) participação em disputas ou duelos;

q) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;

r) Competições em aeronaves e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;

s) Voo em aeronaves, exceto quando seja como passageiro pagando passagem em uma aeronave de asa fixa que pertença e seja operada por uma linha aérea ou companhia de frete de aeronaves devidamente autorizada para prover o transporte aéreo regular de passageiros;

7.2. Além dos riscos mencionados no item 8.1, estão ainda expressamente excluídos da cobertura do Seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Quaisquer acidentes que ocorrerem aos passageiros dos veículos se estes estiverem com lotação excedente da autorizada por regulamentos e atos baixados pelas autoridades competentes, e/ou forem postos em movimento ou guiados por motoristas que não tenham a devida carteira de habilitação, ressalvados os casos de força maior.

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

8.1. As coberturas do seguro abrangem eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição em contrário prevista nas Condições Especiais e/ou no Contrato.

9. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

9.1. Quando aplicáveis, as franquias serão estabelecidas no Certificado de seguro.

9.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no Seguro.

10. GRUPO SEGURÁVEL

10.1. Somente serão aceitos no Grupo Segurado os proponentes pertencentes ao Grupo Segurável, isto é, que de qualquer modo se vinculem ao Estipulante, observados os limites de idade e de Capitais Segurados.

10.2. A aceitação do Segurado fica condicionada à análise pela Seguradora e, a seu critério, da

Proposta Individual de Adesão.

10.3. O vínculo de que trata o subitem anterior estará de forma clara e objetiva definido na Proposta Individual de Adesão.

10.4. Para a contratação do Seguro sobre a vida dos outros, o proponente é obrigado a declarar, sob pena de falsidade, o seu interesse pela preservação da vida da pessoa que deseja segurar.

10.5. Até prova em contrário, presume-se o interesse quando a pessoa a quem se deseja segurar é cônjuge, ascendente ou descendente do interessado.

10.6. Se o Segurado tiver sido aceito no Seguro com idade acima do limite fixado na Apólice, por motivo de inexatidão na informação de sua idade ou data de nascimento, por qualquer motivo, seu Seguro será considerado nulo, sem direito a qualquer devolução de prêmio, ainda que a constatação do erro na idade aconteça quando ocorrer algum evento coberto pela Apólice.

10.7. Se a inexatidão ou omissão na informação de sua idade ou data de nascimento, por qualquer motivo, não resultar de má-fé do Segurado, deverá ser considerado o subitem 18.3 destas Condições Gerais.

10.8. O Segurado deverá informar à Seguradora todos os veículos que serão inclusos na apólice, bem como suas características de acordo com essas Condições Gerais.

10.9. Os portadores de deficiência física que fizerem parte do grupo segurável poderão ser aceitos em todas as Coberturas, todavia, ficando excluídos os riscos relacionados na alínea “F” do item 8.1.

11. INCLUSÃO DE SEGURADOS

11.1. A inclusão dos Segurados é feita por adesão a este Seguro e das seguintes formas, conforme indicação na Proposta de Seguro e/ou no Contrato:

- a) Automática, quando o Seguro abranger todos os componentes do Grupo Segurável;
- b) Facultativa, quando o Seguro abranger somente os componentes que tiverem sua inclusão expressamente declarada.

12. ACEITAÇÃO DO SEGURO

12.1. A aceitação do Contrato de Seguro somente será feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por Corretor de Seguros habilitado.

12.2. Recebida a proposta, a seguradora terá o prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias para cientificar sua recusa ao proponente, ao final do qual será considerada aceita.

12.3. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Contratação por escrito ao

Proponente, o Seguro considera-se aceito.

12.4. A seguradora poderá solicitar esclarecimentos ou produção de exames periciais, e o prazo para a recusa terá novo início, a partir do atendimento da solicitação ou da conclusão do exame pericial.

12.5. Em qualquer hipótese, para a validade da recusa, a seguradora deverá comunicar sua justificativa ao proponente, ou seja, a não aceitação da Proposta de Contratação será comunicada ao Proponente por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, conseqüentemente, cancelamento da Proposta de Contratação

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

12.7. A aceitação estará sujeita à análise da Proposta de Contratação e/ou Risco.

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

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

12.10. Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de Proposta de Contratação.

12.11. A aceitação da proposta feita pela seguradora somente se dará pela manifestação expressa de vontade ou por ato inequívoco do destinatário.

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

12.13. O contrato é nulo quando qualquer das partes souber, no momento de sua conclusão, que o risco é impossível ou já se realizou.

12.14. A proposta feita pela seguradora é incondicional e conterà, em suporte duradouro, mantido à disposição dos interessados, todos os requisitos necessários para a contratação, o conteúdo integral do contrato e o prazo máximo para sua aceitação.

12.15. No prazo de até 30 (trinta) dias, contado da aceitação, a seguradora disponibilizará ao contratante, documento probatório do contrato.

12.16. 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 tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

- 12.17.** O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio pago integralmente, devidamente atualizado pela variação do índice conforme definido no item Atualização Monetária deste documento.
- 12.18.** Nesse caso, há cobertura do risco durante o período entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.
- 12.19.** Aceita a Proposta de Contratação, a Seguradora emitirá e encaminhará ao Estipulante a Apólice de Seguro, em até 30 (trinta) dias a partir da data de aceitação da proposta.
- 12.20.** Em cada uma das renovações subsequentes seguirá o correspondente aditivo.
- 12.21.** A seguradora obrigatoriamente enviará o Certificado Individual no início do Contrato e em cada uma das renovações subsequentes.
- 12.22.** A seguradora poderá solicitar esclarecimentos ou produção de exames periciais, e o prazo para a recusa terá novo início, a partir do atendimento da solicitação ou da conclusão do exame pericial.
- 12.23.** Em qualquer hipótese, para a validade da recusa, a seguradora deverá comunicar sua justificativa ao proponente.
- 12.24.** A seguradora poderá garantir provisoriamente o interesse, sem obrigar-se à aceitação definitiva do negócio.
- 12.25.** Os critérios comerciais e técnicos de subscrição ou aceitação de riscos devem promover a solidariedade e o desenvolvimento econômico e social, vedadas políticas técnicas e comerciais conducentes à discriminação social ou prejudiciais à livre iniciativa empresarial.
- 12.26.** Nos seguros coletivos sobre a vida e a integridade física, a modificação dos termos do contrato em vigor que possa gerar efeitos contrários aos interesses dos segurados e dos beneficiários dependerá da anuência expressa de segurados que representem pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo.
- 12.27.** Quando não prevista no contrato anterior, a modificação do conteúdo dos seguros coletivos sobre a vida e a integridade física, em caso de renovação, dependerá da anuência expressa de segurados que representem pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo.

13. VIGÊNCIA DO SEGURO

- 13.1.** As Apólices e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.
- 13.2.** O prazo mínimo de vigência das coberturas oferecidas em planos de microsseguro será, obrigatoriamente, de 1 (um) mês.
- 13.3.** O prazo mínimo de vigência do microsseguro de viagem é de 1(um) dia.
- 13.4.** A vigência das coberturas oferecidas neste seguro contratado mediante a emissão da apólice ou certificado individual se inicia na data indicada nesses documentos.

- 13.5.** Em caso de cobertura em seguro da viagem o início da vigência da cobertura de viagem contratada mediante a emissão de apólice/certificado coincidirá com a data de início da própria viagem, desde que o pagamento do prêmio tenha sido efetuado em data anterior ao início da viagem.
- 13.6.** 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.
- 13.7.** Nos Contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de Prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará do Contrato da Apólice.
- 13.8.** Os Contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do Prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, ou data posterior, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará do Contrato da Apólice.
- 13.9.** Em caso de inclusão de menores de 14 anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.

14. RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 14.1.** Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora e o Estipulante a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.
- 14.2.** Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.
- 14.3.** A renovação automática do seguro somente poderá ser feita uma única vez, e por igual período, salvo se o estipulante ou a seguradora comunicarem o desinteresse na continuidade do seguro, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedem o final da vigência da apólice.
- 14.4.** Uma vez renovada automaticamente a apólice, as demais renovações devem ser processadas de forma expressa, desde que não haja desistência da seguradora até 30 (trinta) dias antes de seu vencimento, servindo-se o segurado de meio que demonstre sua vontade em renovar o seguro.
- 14.5.** A renovação que implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.
- 14.6.** Caso o estipulante ou a seguradora não tenham interesse na renovação do seguro, comunicarão sua intenção à outra parte mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias em relação ao final de vigência da apólice.
- 14.7.** Salvo se a seguradora encerrar operações no ramo ou na modalidade, a recusa de renovação de

seguros individuais sobre a vida e a integridade física que tenham sido renovados sucessiva e automaticamente por mais de 10 (dez) anos deverá ser precedida de comunicação ao segurado e acompanhada de oferta de outro seguro que contenha garantia similar e preços atuarialmente repactuados, em função da realidade e do equilíbrio da carteira, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, vedados carências e direito de recusa de prestação em virtude de fatos preexistentes.

15. CAPITAL SEGURADO

15.1. Entende-se como Capital Segurado o valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela Seguradora ao(s) seu(s) Beneficiário(s), no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

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

15.3. Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional, estando vedada à utilização de qualquer outra unidade monetária.

15.4. No caso de Invalidez Parcial por Acidente, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

15.5. O valor do Capital Segurado de cada componente, em cada Cobertura, representa o valor máximo a ser pago pela Seguradora ao motorista e/ou passageiro no caso de realização do evento coberto.

15.6. O Capital Segurado é livremente estipulado pelo Segurado, observando-se o critério de capital e o limite acordados entre as partes e estabelecidos no Contrato da Apólice, podendo haver contratação de Seguro, sobre o mesmo interesse, com a mesma Seguradora, ou Seguradoras diversas.

15.7. O Capital Segurado será pago sob a forma única, o que constará expressamente do Contrato.

15.8. Para o caso de morte acidental, o capital eventualmente estipulado não está sujeito às dívidas do Segurado, nem se considera herança para todos os efeitos de direito.

15.9. O pagamento do Capital Segurado não pode ultrapassar o valor do interesse Segurado no momento do sinistro, e, em hipótese alguma, o limite máximo individual de Cobertura fixado no Certificado Individual, salvo em caso de mora da Seguradora.

15.10. Se após paga a indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte acidental do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por morte acidental, se contratada esta cobertura.

16. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 16.1.** Fica estabelecido que qualquer pagamento do Capital Segurado, por força do presente Contrato, somente passa a ser devido depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim no documento de cobrança.
- 16.2.** O tipo de custeio de prêmio deste Seguro, item expressamente ratificado no Contrato da presente Apólice, classifica-se em:
- a) contributário** é o Seguro em que os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente;
 - b) não-contributário** é o Seguro em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus do seu pagamento totalmente sobre o Estipulante;
 - c) parcialmente contributário** é o Seguro em que os Segurados e o Estipulante participam do custeio do Seguro, assumindo percentuais livremente pactuados entre as partes. Esta modalidade equivale ao Seguro contributário.
- 16.3.** O prêmio poderá ser pago de forma, única, mensal, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido na apólice.
- 16.4.** O valor do Prêmio inicial do Seguro será estabelecido conforme o Capital Segurado Individual definido, o que constará da Proposta de Contratação e da Apólice do Seguro.
- 16.5.** O valor do Prêmio será atualizado monetariamente.
- 16.6.** A data-limite para pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.
- 16.7.** Se a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.
- 16.8.** O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o Seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o prêmio se refere.
- 16.9.** Os valores devidos a título de devolução de prêmios pela Seguradora sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido em contrato, a partir da data em que se tornarem exigíveis.
- 16.10.** Havendo necessidade de ajustes, as taxas reajustadas serão aplicadas a partir da data de aniversário da Apólice, desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedem o final da vigência da Apólice.
- 16.11.** Os tributos incidentes sobre a contratação do Seguro serão recolhidos na forma da Lei.
- 16.12.** Não se aplica a devolução de prêmios em caso de morte do Segurado durante o prazo de carência, tendo em vista a forma de regime financeiro do presente Seguro, que é regido por repartição simples.
- 16.13.** No caso de cancelamento do Seguro, os valores de que trata o item 17.9 serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

16.14. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

16.15. O prêmio deverá ser pago no tempo, no lugar e na forma convencionados.

16.16. Salvo disposição em contrário, o prêmio deverá ser pago à vista e no domicílio do devedor.

16.17. A mora relativa à prestação única ou à primeira parcela do prêmio resolve de pleno direito o contrato, salvo convenção, uso ou costume em contrário.

I. A mora relativa às demais parcelas suspenderá a garantia contratual, sem prejuízo do crédito da seguradora ao prêmio, após notificação do segurado concedendo-lhe prazo não inferior a 15 (quinze) dias, contado do recebimento, para a purgação da mora.

II. A notificação deve ser feita por qualquer meio idôneo que comprove o seu recebimento pelo segurado e conter as advertências de que o não pagamento no novo prazo suspenderá a garantia e de que, não purgada a mora, a seguradora não efetuará pagamento algum relativo a sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga.

III. Caso o segurado recuse o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não seja encontrado no último endereço informado à seguradora, o prazo previsto no item Iº, terá início na data da frustração da notificação.

16.18. A resolução do contrato, salvo quando se tratar de mora da prestação única ou da primeira parcela do prêmio, está condicionada a notificação prévia e não poderá ocorrer em prazo inferior a 30 (trinta) dias após a suspensão da garantia.

I. A resolução libera integralmente a seguradora por sinistros e despesas de salvamento ocorridos a partir de então.

II. Nos seguros coletivos sobre a vida e a integridade física, a resolução somente ocorrerá 90 (noventa) dias após a última notificação feita ao estipulante.

III. Nos seguros sobre a vida e a integridade física estruturados com reserva matemática, o não pagamento de parcela do prêmio que não a primeira implicará a redução proporcional da garantia ou a devolução da reserva, conforme a escolha do segurado ou de seus beneficiários, a ser feita dentro de 30 (trinta) dias contados da notificação do inadimplemento, da qual deve constar a advertência de que, se houver abstenção nessa escolha, a decisão caberá à seguradora.

IV. O prazo previsto terá início na data da frustração da notificação sempre que o segurado ou o estipulante recusar o recebimento ou, por qualquer razão, não for encontrado no último endereço informado à seguradora ou no que constar dos cadastros normalmente utilizados pelas instituições financeiras.

V. Dispensa-se a notificação quando a notificação de suspensão da garantia, de que tratam os 1º, 2º e 3º, advertir para a resolução do contrato caso não purgada a mora.

16.19. Nos seguros sobre a vida e a integridade física, o prêmio pode ser convencionado por prazo limitado ou por toda a vida do segurado.

16.20. Caberá execução para a cobrança do prêmio, se infrutífera a notificação realizada pela seguradora, e sempre que esta houver suportado o risco que recai sobre o interesse garantido.

17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

17.1. Todos os valores constantes dos documentos que integram este seguro serão expressos em moeda corrente nacional, vedada a utilização de unidade monetária de qualquer outra natureza.

17.2. Os Capitais Segurados e os Prêmios serão atualizados anualmente, durante a Vigência do Seguro, na data de aniversário da Apólice, pelo IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas acumulado nos 12 meses que antecedem o mês do aniversário da Apólice.

17.3. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, será considerado para efeito desta cláusula o IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor / Fundação Getúlio Vargas.

17.4. Nas coberturas de risco custeadas mediante pagamento único do prêmio, o capital segurado deverá ser atualizado, baseado no índice de preços pactuado, até a data da ocorrência do evento coberto.

17.5. Uma vez ultrapassado o valor do limite técnico da importância segurada, correspondente a cobertura contratada por segurado/CPF, o bilhete será automaticamente cancelado, sendo restituído o valor do prêmio pago integralmente.

18. PRAZO DE TOLERÂNCIA

18.1. Caso o Segurado ou Estipulante não efetue o pagamento dos prêmios à Seguradora, fica garantido o direito do Segurado ao seguro desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 30 (trinta) dias.

18.2. Se o prêmio não for pago até a data limite expressa na Proposta de Contratação, o Segurado ou Estipulante poderá pagar o prêmio atualizado e corrigido com juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês desde a data limite até a data do efetivo pagamento, desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 30 (trinta) dias.

18.3. O índice pactuado para atualização dos valores relativos aos prêmios pagos em atraso pelo Segurado é o IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas.

18.4. Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, com a consequente cobrança do prêmio devido.

18.5. Caso o Estipulante permaneça inadimplente (não tenha efetuado o pagamento) por período superior a 30 (trinta) dias do prêmio não pago, a apólice poderá ser cancelada pela Seguradora.

18.6. Nos seguros coletivos sobre a vida e a integridade física, a resolução somente ocorrerá 90 (noventa) dias após a última notificação feita ao estipulante.

18.7. Nos seguros sobre a vida e a integridade física estruturados com reserva matemática, o não pagamento de parcela do prêmio que não a primeira implicará a redução proporcional da garantia ou a devolução da reserva, conforme a escolha do segurado ou de seus beneficiários, a ser feita dentro de 30 (trinta) dias contados da notificação do inadimplemento, da qual deve constar a advertência de que, se houver abstenção nessa escolha, a decisão caberá à seguradora.

19. REINTEGRAÇÃO

19.1. Os capitais segurados não serão reintegrados.

20. APLICABILIDADE DE MORA

20.1. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento), quando prevista no contrato e de juros moratórios, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado destas Condições Gerais, respeitada a regulamentação específica, particularmente no que se refere ao limite temporal para a liquidação e a faculdade de suspensão da respectiva contagem.

20.2. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado nestas Condições Gerais, serão calculados com base na taxa de 1% (um por cento) ao mês.

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

20.4. A mora relativa à prestação única ou à primeira parcela do prêmio resolve de pleno direito o contrato, salvo convenção, uso ou costume em contrário.

20.5. A mora relativa às demais parcelas suspenderá a garantia contratual, sem prejuízo do crédito da seguradora ao prêmio, após notificação do segurado concedendo-lhe prazo não inferior a 15 (quinze) dias, contado do recebimento, para a purgação da mora.

20.6. A notificação deve ser feita por qualquer meio idôneo que comprove o seu recebimento pelo segurado e conter as advertências de que o não pagamento no novo prazo suspenderá a garantia e de que, não purgada a mora, a seguradora não efetuará pagamento algum relativo a sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga.

20.7. Caso o segurado recuse o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não seja encontrado no último endereço informado à seguradora, o prazo previsto no 20.5. deste, terá início na data da frustração da notificação.

21. PERDA DO DIREITO

21.1. O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

21.2. A sociedade seguradora, desde que o faça nos 20 (vinte) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

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

21.4. Na hipótese de continuidade do contrato, a sociedade seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

21.5. Sob pena de perder o direito à indenização, o segurado participará o sinistro à sociedade seguradora, tão logo tome conhecimento, e adotará as providências imediatas para minorar suas consequências.

21.6. O Segurado perderá o direito à indenização, exclusivamente, quando ficar comprovado que praticou ato doloso ou de má-fé, que tenha causado ou contribuído diretamente para a ocorrência do sinistro, para o agravamento relevante do risco ou para a impossibilidade de sua adequada regulação.

21.7. A mera inexatidão, omissão ou atraso no cumprimento de obrigações contratuais que não decorra de dolo ou má-fé, nem resulte em prejuízo efetivo à Seguradora, não acarretará a perda do direito à indenização.

21.8. O ônus da prova quanto à caracterização do dolo, da má-fé e do nexo causal caberá exclusivamente à Seguradora.

21.9. O contrato é nulo quando qualquer das partes souber, no momento de sua conclusão, que o risco é impossível ou já se realizou.

21.10. A parte que tiver conhecimento da impossibilidade ou da prévia realização do risco e, não obstante, celebrar o contrato pagará à outra o dobro do valor do prêmio.

21.11. Desaparecido o risco, resolve-se o contrato com a redução do prêmio pelo valor equivalente ao risco a decorrer, ressalvado, na mesma proporção, o direito da seguradora às despesas incorridas com a contratação.

21.12. Sob pena de perder a garantia, o segurado não deve agravar intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro.

21.13. Será relevante o agravamento que conduza ao aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco descrito no questionário de avaliação de risco.

21.14. Se a seguradora, comunicada nos termos do item 01 desta condição geral cláusula de perda de direitos, anuir com a continuidade da garantia, cobrando ou não prêmio adicional, será afastada a consequência estabelecida nos termos do item 01 desta condição geral cláusula de perda de direitos.

21.15. A resolução deve ser feita por qualquer meio idôneo que comprove o recebimento da notificação pelo segurado, e a seguradora deverá restituir a eventual diferença de prêmio, ressalvado, na mesma proporção, seu direito ao ressarcimento das despesas incorridas com a contratação.

21.16. O segurado que dolosamente descumprir o dever, perde a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora.

21.17. O segurado que culposamente descumprir o dever, fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder a tipo de risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, não fará jus à garantia.

21.18. Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

21.19. Sobrevindo o sinistro, a seguradora somente poderá recusar-se a indenizar caso prove o nexo causal entre o relevante agravamento do risco e o sinistro caracterizado.

21.20. Mesmo em caso de relevante agravamento do risco, a seguradora somente poderá cobrar a diferença de prêmio.

21.21. 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.

22. CANCELAMENTO DA APÓLICE

22.1. O não pagamento do Prêmio por parte do Estipulante nos prazos estipulados nas Condições Contratuais poderá acarretar o cancelamento automático da Apólice, se não houver regularização dos Prêmios antes de completar 30 (trinta) dias da parcela vencida e não paga.

22.2. O Contrato de Seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

22.3. Na hipótese do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude, agravamento de risco ou simulação na contratação do Seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do Seguro, sem restituição dos Prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

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

23. CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

23.1. Ocorrerá o cancelamento do seguro individual, sem qualquer restituição de Prêmios:

- a) com a morte do Segurado;
- b) por solicitação formal do Segurado;
- c) por falta de pagamento de Prêmios, respeitando o período de Tolerância;
- d) automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus Beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva durante o processo de contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- e) automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas no contrato de seguro, por parte do Segurado, seus Beneficiários, seus dependentes ou prepostos;
- f) automaticamente, com o cancelamento ou final de Vigência sem renovação da Apólice contratada entre Estipulante e a Seguradora;
- g) automaticamente, com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado, respeitando o período do prêmio já pago. O Segurado poderá ser mantido no plano, desde que haja concordância expressa entre as partes (Estipulante e Seguradora), assumindo o Segurado, a partir dessa data, o custeio integral das respectivas coberturas ou tendo ajustado o valor do Capital Segurado à parcela do custeio sob sua responsabilidade.

24. REAVALIAÇÃO DA TAXA

24.1. As taxas serão reavaliadas anualmente e serão alteradas caso venham a se mostrar inadequadas.

24.2. Quaisquer alterações nas Taxas Anuais Puras, adotadas no plano, serão previamente submetidas à SUSEP.

24.3. Qualquer alteração nas Taxas de Seguro, por implicar em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, e será realizada por aditivo à Apólice, ratificada pelo correspondente Endosso.

25. OBRIGAÇÕES

25.1. Obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;
- c) repassar os Prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- d) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- e) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
- f) 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, bem como todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e Segurados, e/ou da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às Coberturas do Seguro, se restar provado que silenciou de má-fé;
- g) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- h) comunicar, de imediato, a SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado;
- i) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- j) informar quando houver interesse na alteração de Capital.

25.2. O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, porém é o único responsável para com a mesma, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

25.3. É expressamente vedado ao Estipulante:

- a) cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) rescindir o Contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do Seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a

fidedignidade das informações quanto ao Seguro que será contratado; e

d) vincular a contratação de Seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de COBERTURA direta a estes produtos.

25.4. O não pagamento dos Prêmios à Seguradora, acarretará o cancelamento do Seguro, se o prazo for superior a 30 (trinta) dias, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

25.5. O Estipulante comunicará à Seguradora todas as inclusões e exclusões de Segurados, as quais serão devidamente registradas pela Seguradora, bem como informará previamente todas as modificações na situação do Segurado que impliquem a alteração de seus capitais, Coberturas e Prêmios.

25.6. Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas deste Contrato somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

25.7. Nos seguros contributários ou parcialmente contributários, caso o Estipulante não efetue o repasse dos prêmios à Seguradora, fica garantido o direito do Segurado ao seguro desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 30 (trinta) dias.

25.8. Obrigações da Seguradora

a) incluir no Contrato de Seguro todas as obrigações do Estipulante, de acordo com determinação da SUSEP;

b) informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante, sempre que lhe for solicitada;

c) prestar ao Estipulante todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de Seguro.

26. REPRESENTANTE DE SEGUROS

26.1. Considera-se representante de seguros, para efeito desta Resolução, a pessoa jurídica que assumir a obrigação de promover, ofertar ou distribuir produtos de seguros, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, à conta e em nome de sociedade seguradora, sem prejuízo de realização de outras atividades.

26.2. O representante de seguros é um agente autorizado da sociedade seguradora, não possui poderes de representação dos segurados e é considerado intermediário dos produtos da sociedade seguradora.

26.3. É vedada a atuação de corretor de seguros e seus prepostos como representante de seguros.

26.4. A pessoa jurídica de que trata a Resolução CNSP nº 431, de 12 de novembro de 2021, não poderá figurar, simultaneamente no mesmo contrato de seguro como representante de seguros e como estipulante ou subestipulante de Bilhete coletiva.

26.5. O representante de seguros poderá atuar na intermediação de contratação de Bilhete coletiva, observada a necessidade de existência de vínculo estreito, claro e inequívoco entre o estipulante da referida Bilhete e o grupo segurado, além do vínculo de natureza securitária.

- 26.6.** O representante de seguros poderá exercer as atividades de que trata a Resolução CNSP nº 431, de 12 de novembro de 2021, §1º do art. 1º para uma ou mais sociedades seguradoras, sem prejuízo do exercício de outras atividades em seu nome e por conta própria.
- 26.7.** O representante de seguros atuará de acordo com os poderes delimitados no respectivo contrato de representação firmado com a sociedade seguradora.
- 26.8.** As atividades do representante de seguros de que trata a Resolução CNSP nº 431, de 12 de novembro de 2021 - §1º do art. 1º, além da promoção, oferta ou distribuição de produtos de seguros, podem abranger:
- I.** Aconselhamento sobre produtos de seguros ofertados;
 - II.** Recepção de propostas de seguro, emissão de bilhetes de seguros;
 - III.** Certificados individuais e Bilhetes e/ou celebração de contratos coletivos;
 - IV.** Recepção e tratamento de questões operacionais relacionadas ao contrato de seguro, tais como renovação, alteração, repactuação e cancelamento;
 - V.** Subscrição de riscos relacionados a produtos de seguros;
 - VI.** Coleta e fornecimento à sociedade seguradora de dados cadastrais e de documentação de proponentes, segurados, beneficiários e, se for o caso, estipulantes, corretores de seguros e seus prepostos;
 - VII.** Recolhimento de prêmios de seguro;
 - VIII.** Recebimento de avisos de sinistros;
 - IX.** Regulação de sinistros;
 - X.** Pagamento de indenização;
 - XI.** Orientação e assistência aos segurados e seus beneficiários, no que compete aos contratos de seguros;
 - XII.** Apoio logístico e operacional à sociedade seguradora na gestão e execução de contratos de seguros;
e
 - XIII.** Outras atividades que não sejam privativas de sociedades seguradoras, desde que claramente especificadas, inclusive serviços de controle e processamento de dados das operações pactuadas em nome da sociedade seguradora.
- 26.9.** Para fins do disposto no inciso XII, é considerada atividade privativa de sociedade seguradora a assunção de riscos seguráveis.
- 26.10.** A sociedade seguradora deve assegurar capacitação do representante compatível com a natureza e complexidade das atividades por ele desempenhadas em seu nome.
- 26.11.** O representante de seguros deverá manter processos, políticas, procedimentos e estrutura compatíveis com a complexidade dos produtos dos quais é intermediário, com a natureza dos clientes com os quais interage e com o escopo efetivo de sua atuação, considerando os diversos modelos de negócio possíveis.
- 26.12.** Na hipótese de substabelecimento a terceiros, total ou parcialmente, o representante de seguros será responsável por todos os atos e omissões dos substabelecidos no que se refere às atividades de que trata a

Resolução CNSP nº 431, de 12 de novembro de 2021.

26.13. O contrato de representação poderá prever a necessidade de prévia anuência da sociedade seguradora para o substabelecimento que trata o item 27.12

26.14. Os contratos de representação firmados entre sociedades seguradoras e seus representantes de seguros deverão ser mantidos à disposição do órgão fiscalizador pela sociedade seguradora e pelo representante de seguros.

27. REGULAÇÃO DO SINISTRO

27.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s), conforme o caso, deverá(ão) apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou Beneficiário, definidos para cada Cobertura nas Condições Especiais do Seguro.

27.2. A Indenização será paga sob a forma de pagamento único.

27.3. Os pagamentos relativos às Coberturas deste Seguro têm o prazo máximo limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos e desde que o evento tenha cobertura securitária.

27.4. Reconhecida a cobertura, a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou o capital estipulado.

27.5. Os elementos necessários à quantificação dos valores devidos devem ser expressamente arrolados nos documentos probatórios do seguro.

27.6. A seguradora poderá solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los.

27.7. Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido, o prazo para o pagamento da indenização ou do capital estipulado suspende-se por no máximo 2 (duas) vezes, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

27.8. O prazo estabelecido somente pode ser suspenso 1 (uma) vez nos sinistros relacionados a seguros de veículos automotores e seguros de vida e integridade física, assim como em todos os demais seguros em que a importância segurada não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente.

27.9. A autoridade fiscalizadora poderá fixar prazo superior para tipos de seguro em que a liquidação dos valores devidos implique maior complexidade na apuração, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.

27.10. O valor devido apurado deve ser apresentado de forma fundamentada ao interessado, não podendo a seguradora inovar posteriormente, salvo quando vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.

27.11. A mora da seguradora fará incidir multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente, sem prejuízo dos juros legais e da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos, conforme disposto nos arts. 86 e 87 desta Lei 15040/2024.

27.12. Se o pagamento do Capital Segurado ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do Sinistro, aplicar-se-á, desde a data do evento, correção monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado anteriormente à data de sua efetiva liquidação, mais juros de mora de 6% (seis por cento) ao ano.

27.13. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

a) O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 30 (trinta) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

27.14. É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial.

27.15. Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

27.16. Considera-se como data do evento, ou data de exigibilidade, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros:

a) a data do acidente;

a. para os valores devidos a título de devolução de prêmios, no caso de recusa da proposta pela Seguradora, a data de formalização da recusa.

27.17. Documentos que qualificam e habilitam o Beneficiário:

a) Quando há designação de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

I. Certidão de Casamento ou Nascimento do Beneficiário (cópia autenticada);

II. RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF dos Beneficiários do Seguro (cópia autenticada) ou de seu representante legal;

- III. Comprovante de endereço do(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal (cópia autenticada ou original); o Comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda e Declaração Pública de Convivência Marital (original ou cópia autenticada);
- IV. Termo de Tutela, para o(s) Beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do tutor;
- V. Termo de Curatela, somente para a Cobertura de Invalidez e no caso do Segurado encontrar-se totalmente incapaz para responder por seus atos civis (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do curador;
- VI. Autorização para crédito da indenização em conta corrente para cada Beneficiário (somente contas em nome do favorecido ou menor representado, com dados completos da conta corrente para crédito, CPF ou CNPJ).

b) Quando não há designação nominal de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- I. Certidão de Casamento ou Nascimento do Beneficiário (cópia autenticada);
- II. RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF dos beneficiários do seguro (cópia autenticada) ou de seu representante legal;
- III. Comprovante de endereço do(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal (cópia autenticada ou original);
- IV. Escritura Pública de declaração de únicos herdeiros legais ou Certidão de Rol de Herdeiros Legais extraída dos autos do processo de inventário do segurado, quando não houver designação de Beneficiários estipulada em contrato;
- V. Comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda e Declaração Pública de Convivência Marital (original ou cópia autenticada); o Termo de Tutela, para o(s) Beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do tutor;
- VI. Termo de Curatela, somente para as Coberturas de Invalidez e no caso do segurado encontrar-se totalmente incapaz para responder por seus atos civis (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do curador;
- VII. Autorização para crédito da indenização em conta corrente para cada Beneficiário (somente contas em nome do favorecido ou menor representado, com dados completos da conta corrente para crédito, CPF ou CNPJ);
- VIII. Cópia do comprovante bancário de cada beneficiário com os dados completos da conta corrente para crédito em nome do favorecido ou menor representado.

28. BENEFICIÁRIOS

28.1. O(s) Beneficiário(s) do Seguro será(o) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em um documento hábil, podendo ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio segurado.

28.2. Na falta de indicação de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge/companheiro(a) não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do Segurado.

28.3. Considera-se ineficaz a indicação quando o beneficiário falecer antes da ocorrência do sinistro ou se ocorrer comoriência.

28.4. Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

28.5. Se não houver beneficiários indicados ou legais, o valor será pago àqueles que provarem que a morte do segurado os privou de meios de subsistência.

28.6. Se a seguradora, ciente do sinistro, não identificar beneficiário ou dependente do segurado para subsistência no prazo prescricional da respectiva pretensão, o capital segurado será tido por abandonado, nos termos do inciso III do caput do art. 1.275 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), e será aportado no Fundo Nacional para Calamidades Públicas, Proteção e Defesa Civil (Funcap).

28.7. Não prevalecerá a indicação de beneficiário nas hipóteses de revogação da doação, observados o disposto arts. 555, 556, 557 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil). Art. 116. O capital segurado devido em razão de morte não é considerado herança para nenhum efeito.

28.8. Em 3 (três) anos, contados da ciência do respectivo fato gerador, a pretensão dos beneficiários ou terceiros prejudicados para exigir da seguradora indenização, capital, reserva matemática e prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias.

29. PRAZOS PRESCRICIONAIS

29.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

29.2. Prescrevem:

- I.** em 1 (um) ano, contado da ciência do respectivo fato gerador:
 - a)** a pretensão da seguradora para a cobrança do prêmio ou qualquer outra pretensão contra o segurado e o estipulante do seguro;
 - b)** a pretensão dos intervenientes corretores de seguro, agentes ou representantes de seguro e

- estipulantes para a cobrança de suas remunerações;
 - c) as pretensões das cosseguradoras entre si;
 - d) as pretensões entre seguradoras, resseguradoras e retro cessionárias;
- II.** em 1 (um) ano, contado da ciência da recepção da recusa expressa e motivada da seguradora, a pretensão do segurado para exigir indenização, capital, reserva matemática, prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias restituição de prêmio em seu favor;
- a) em 3 (três) anos, contados da ciência do respectivo fato gerador, a pretensão dos beneficiários ou terceiros prejudicados para exigir da seguradora indenização, capital, reserva matemática e prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias.

29.3. Além das causas previstas na Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), a prescrição da pretensão relativa ao recebimento de indenização ou capital segurado será suspensa uma única vez, quando a seguradora receber pedido de reconsideração da recusa de pagamento.

29.4. Cessa a suspensão no dia em que o interessado for comunicado pela seguradora de sua decisão final.

30. REGIME FINANCEIRO

30.1. Considerando-se que o plano de Seguro em questão é estruturado em regime financeiro de repartição simples, não haverá concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer Prêmios pagos.

31. EXCEDENTE TÉCNICO

31.1. O percentual (ou percentuais) de reversão de excedente técnico deverá constar na proposta de contratação, de adesão, e no contrato.

31.2. Poderá ser adotada cláusula de excedente técnico estabelecendo as condições de distribuição, ao estipulante e/ou aos segurados do grupo, dos resultados técnicos da apólice coletiva.

31.3. Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- e
- b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

31.4. São despesas mínimas:

- a) Comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) Comissões de administração pagas durante o período;
- c) Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período

de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;

- d) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e
- e) Despesas efetivas de administração, acordadas com o estipulante.

31.5. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- b) O aviso à seguradora, para os sinistros;
- c) A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- d) As datas em que incorreram, para as despesas de administração; e
- e) A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no contrato até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no contrato, observando o item **26.6**.

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

31.7. Nos seguros parcial ou totalmente contributivo, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado.

31.8. Para os casos previstos em 26.6 acima, deverá ser incluído no certificado individual informação de que o segurado tem direito ao excedente técnico.

32. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

32.1. As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Estipulante e/ou Corretor de Seguro, deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais, as Condições Especiais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à SUSEP.

33. SUB-ROGAÇÃO

33.1. Nos Seguros de Pessoas a Seguradora não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário, contra o causador do sinistro.

34. FORO

34.1. Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do Contrato de Seguro, o foro eleito para dirimir quaisquer dúvidas resultantes deste Contrato será o do domicílio do Segurado ou Beneficiário, conforme o caso.

34.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição do foro diverso daquele previsto no item 30.1.

35. DISPOSIÇÕES GERAIS

35.1. A contratação do seguro é opcional, sendo facultada ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer se houver.

35.2. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise de risco.

35.3. As demandas judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a sociedade seguradora, que envolvam questões relacionadas ao seguro serão sempre processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.:

35.4. Os planos de seguro de que trata este documento, somente poderão ser distribuídos através de instituição financeira, incluindo seus correspondentes, diretamente à sociedade seguradora ou a seus correspondentes de seguro ou a seus representantes de seguros.

35.5. Só será admitida a contratação de até dois planos de seguro de pessoas sobre o(s) mesmo(s) risco(s) coberto(s), para um mesmo segurado, por sociedade seguradora, dentro de períodos de vigência sobrepostos.

35.6. A soma dos capitais segurados dos planos de seguros de pessoas sobre um mesmo risco coberto contratados, não poderá ultrapassar os limites máximos previstos na regulamentação específica.

35.7. A existência de um terceiro contrato de seguro de pessoas sobre o mesmo risco coberto, para um mesmo segurado, junto a uma mesma sociedade seguradora, será considerada para todos os efeitos como contratação de seguro de vida, sujeitando a sociedade seguradora responsável às penalidades cabíveis pelo descumprimento na norma regulamentar.

35.8. A atualização de valores relativos a prêmios e capital segurado observará a legislação específica vigente.

35.9. Este plano de seguro foi submetido à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, estando suas condições registradas através do processo nº 15414.623954/2026-48.

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

35.11. 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.

35.12. O número de telefone gratuito da central de atendimento ao segurado estará disponibilizado pela sociedade seguradora nos documentos contratuais.

35.13. Fica entendido e acordado que no presente microsseguro os tributos serão pagos por quem a lei vigente determinar.

35.14. Fale com a Ouvidoria através dos seguintes canais:

35.15. Ouvidoria 0800 087 1234 (Funcionamento do canal de ouvidoria: De segunda a sexta feira, exceto feriados, das 8:30 as 17:30 horas). Deficientes auditivos ou de fala: 0800 087 1234.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA MORTE ACIDENTAL DO MOTORISTA

1. OBJETIVO

1.1. Garantir o pagamento de uma indenização ao(s) Beneficiário(s), na ocorrência de **morte do Motorista Segurado em consequência de acidente coberto**, conforme definido no item 1 das Condições Gerais, sendo certo que a Cobertura respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

1.2. **Está coberta a Morte decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado esteja na qualidade de motorista de um veículo discriminado na Apólice no momento do acidente.**

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. Para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos os riscos mencionados no item 5. das Condições Gerais.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1. Os beneficiários estão discriminados no item 24. Beneficiários das Condições Gerais.

5. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

5.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Beneficiário ou o representante legal do Motorista Segurado, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

5.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado ou seu representante legal da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- b) Boletim de Ocorrência Policial;

- c) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
- d) CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (para o caso de acidente a trabalho);
- e) Cópia autenticada do Laudo Cadavérico do IML.

6. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

6.1. O Beneficiário, para recebimento do Capital Segurado Individual, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

6.2. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

6.3. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

6.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

7.1. As indenizações por Morte Acidental e por Invalidez Permanente Parcial por Acidente não se acumulam. Se depois de paga a indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente, verificar-se a Morte Acidental do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente deverá ser deduzida do valor do Capital Segurado Individual por Morte Acidental.

8. RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA MORTE ACIDENTAL DOS PASSAGEIROS

1. OBJETIVO

1.1. Garantir o pagamento de uma indenização ao(s) Beneficiário(s), na ocorrência de **morte do Passageiro Segurado em consequência de acidente coberto**, conforme definido no item 1 das Condições Gerais, sendo certo que a Cobertura respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

1.2. **Está coberta a Morte decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado esteja na qualidade de Passageiro de um veículo discriminado na Apólice no momento do acidente.**

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. Para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Estão excluídos os riscos mencionados no item 5. das Condições Gerais.**

4. BENEFICIÁRIOS

4.1. beneficiários estão discriminados no item 24. Beneficiários das Condições Gerais.

5. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

5.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Beneficiário ou o representante legal do Passageiro Segurado, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

5.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado ou seu representante legal da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- b) Boletim de Ocorrência Policial;
- c) CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (para o caso de acidente a trabalho);
- d) Cópia autenticada do Laudo Cadavérico do IML.

6. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

6.1. O Beneficiário, para recebimento do Capital Segurado Individual, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

6.2. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

6.3. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

6.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

7.1. As indenizações por Morte Acidental e por Invalidez Permanente Parcial por Acidente somente não se acumulam. Se depois de paga a indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente, verificar-se a Morte Acidental do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente deverá ser deduzida do valor do Capital Segurado Individual por Morte Acidental.

8. RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DO MOTORISTA

1. OBJETIVO

1.1. Garantir uma indenização ao **Motorista Segurado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto**, sendo certo que a Cobertura respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

1.2. **Está coberta a Invalidez Permanente Total ou Parcial decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado esteja na qualidade de motorista de um veículo discriminado na Apólice no momento do acidente.**

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado estará limitado a 200% (duzentos por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura Básica de Morte Acidental do Motorista.

2.2 O percentual será definido, pelo Estipulante na Apólice.

2.3 O Capital Segurado relativo à Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do motorista será automaticamente reintegrado após cada acidente.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS:

3.1. Estão excluídos os riscos mencionados no item 5. das Condições Gerais.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o Motorista Segurado.

5. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

5.1. No caso da ocorrência do evento coberto, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir:

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre Capital Segurado
Permanente Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total incurável	100
Parcial Diversos	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Membros superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total de um dos dedos indicadores	15
	Perda total 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	Discriminação	% sobre Capital Segurado
Membros Infreiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda total de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, 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	

5.1.1 No caso em que as funções do membro ou órgão lesado não fiquem completamente abolidas, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata deste grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente. Nos casos em que a invalidez não foi especificada no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a redução permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

5.2 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser

calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do valor contratado como Capital Segurado individual.

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

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

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

6.1. As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Morte Acidental não se acumulam. Se depois de paga a indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar se a morte acidental do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por Morte Acidental, se contratada estas Coberturas.

7. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

7.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

7.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- ✓ Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras,;
- ✓ Relatórios médicos; o Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- ✓ Cópia do Termo ou da carta de concessão da Aposentadoria do INSS, se for o caso;
- ✓ Cópia de exames e radiografias com laudos que comprovam a Invalidez do Segurado;

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

7.4 O Beneficiário será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com legislação aplicável à herança.

8. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

8.1. O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento do Capital Segurado

Individual para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do acidente por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

8.2. A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de doença ou acidente.

8.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

8.4. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

8.5. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado Individual.

9. JUNTA MÉDICA

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

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

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

10. RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DOS PASSAGEIROS

1. OBJETIVO

1.1. Garantir uma indenização ao **Passageiro Segurado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto**, sendo certo que a Cobertura respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

1.2. **Está coberta a Invalidez Permanente Total ou Parcial decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado na qualidade de passageiro de um veículo discriminado na Apólice no momento do acidente.**

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado estará limitado a 200% (duzentos por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura Básica de Morte Acidental do Passageiro.

2.2 O percentual será definido, pelo Estipulante na apólice.

2.3 O Capital Segurado relativo à Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será automaticamente reintegrado após cada acidente.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS:

3.1. Estão excluídos os riscos mencionados no item 5. das Condições Gerais.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o Passageiro Segurado.

5. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

5.1. No caso da ocorrência do evento coberto, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir:

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre Capital Segurado
Permanente Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total incurável	100
Parcial Diversos	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Membros superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total de um dos dedos indicadores	15
	Perda total 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	Discriminação	% sobre Capital Segurado
Membros Infreiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda total de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, 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		

5.1.1 No caso em que as funções do membro ou órgão lesado não fiquem completamente abolidas, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata deste grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente. Nos casos em que a invalidez não foi especificada no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a redução permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

5.2 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização

deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do valor contratado como Capital Segurado individual.

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

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

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

6.1. As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Morte Acidental não se acumulam. Se depois de paga a indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar se a morte acidental do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por Morte Acidental, se contratada estas Coberturas.

7. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

7.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

7.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- ✓ Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras,;
- ✓ Relatórios médicos; o Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- ✓ Cópia do Termo ou da carta de concessão da Aposentadoria do INSS, se for o caso;
- ✓ Cópia de exames e radiografias com laudos que comprovam a Invalidez do Segurado;

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

7.4 O Beneficiário será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com legislação aplicável à herança.

8. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

8.1. O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento do Capital Segurado Individual para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do acidente por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

8.2. A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de doença ou acidente.

8.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

8.4. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

8.5. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, o

reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado Individual.

9. JUNTA MÉDICA

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

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

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

10. RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE DO MOTORISTA

1. OBJETIVO

1.1. Garantir uma indenização ao **Motorista Segurado, relativa à perda, à impotência funcional definitiva, total de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto,** sendo certo que a Cobertura respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

1.2. **Está coberta a Invalidez Permanente Total decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado esteja na qualidade de motorista de um veículo discriminado na Apólice no momento do acidente.**

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado estará limitado a 200% (duzentos por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura Básica de Morte Acidental do Motorista.

2.2. O percentual será definido, pelo Estipulante, na apólice.

2.3. O Capital Segurado relativo à Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente será automaticamente reintegrado após cada acidente.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Estão excluídos os riscos mencionados no item 5. das Condições Gerais.**

4. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO:

4.1. No caso da ocorrência do evento coberto, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir:

4.2. Também será considerada invalidez permanente total por acidente, caso de um mesmo acidente resulte a perda demais de um membro ou órgão avaliados de acordo com os percentuais descritos na tabela abaixo e desde que a soma dos percentuais seja igual ou superior a 100% (cem por cento), devendo-se observar, que neste caso, será pago 100% (cem por cento) do capital segurado.

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre Capital Segurado
Permanente Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total incurável	100
Parcial Diversos	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Membros superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18

	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total de um dos dedos indicadores	15
	Perda total 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	Discriminação	% sobre Capital Segurado
Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda total de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, 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		

4.3. Nos casos não especificados na Tabela, o percentual para contagem será estabelecido tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado.

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

4.5. A perda dos dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

5. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

5.1. As indenizações por Invalidez Permanente Total por Acidente e Morte Acidental não se acumulam. Se depois de paga a indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar se a Morte Acidental do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por Morte Acidental, se contratada estas Coberturas.

6. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

6.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

6.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- ✓ Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- ✓ Relatórios médicos; o Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- ✓ Cópia do Termo ou da carta de concessão da Aposentadoria do INSS, se for o caso;
- ✓ Cópia de exames e radiografias com laudos que comprovam a Invalidez do Segurado;

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

6.4 O Beneficiário será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com legislação aplicável à herança.

7. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

7.1. O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento do Capital Segurado Individual para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do acidente por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

7.2 A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de doença ou acidente.

7.3 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

7.4 A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

7.5. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado Individual.

8. JUNTA MÉDICA

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

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

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

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE DOS PASSAGEIROS

1. OBJETIVO

1.1. Garantir uma indenização ao **Passageiro Segurado, relativa à perda, à impotência funcional definitiva, total de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto**, sendo certo que a Cobertura respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

1.2. **Está coberta a Invalidez Permanente Total decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado esteja na qualidade de Passageiro de um veículo discriminado na Apólice no momento do acidente.**

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado estará limitado a 200% (duzentos por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura Básica de Morte Acidental dos Passageiros.

2.2. O percentual será definido, pelo Estipulante, na apólice.

2.3. O Capital Segurado relativo à Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente será automaticamente reintegrado após cada acidente.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Estão excluídos os riscos mencionados no item 5. das Condições Gerais.**

4. Tabela para Cálculo da Indenização:

4.1. No caso da ocorrência do evento coberto, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir:

Total:

Discriminação	% sobre o capital segurado
Perda total de visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Perda total de ambos os rins	100

4.2. Também será considerada invalidez permanente total por acidente, caso de um mesmo acidente resulte a perda demais de um membro ou órgão avaliados de acordo com os percentuais descritos na tabela abaixo e desde que a soma dos percentuais seja igual ou superior a 100% (cem por cento), devendo-se observar, que neste caso, será pago 100% (cem por cento) do capital segurado.

Parcial Diversas

Discriminação	% sobre o capital Segurado
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Perda total de um rim	15
Amputação total do nariz	25
Amputação total de uma orelha	8

Amputação total de ambas as orelhas	12
Perda do baço	15
Perda de um ovário	6
Perda de dois ovários	20
Perda de um testículo	6
Perda de dois testículos	12
Amputação traumática do pênis	40
Mastectomia total de um seio	10
Mastectomia total de dois seios	20

Parcial Membros Superiores

Discriminação	% sobre o capital Segurado
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso 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.	

Parcial Membros Inferiores

Discriminação	% sobre o capital segurado
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º. (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º. (primeiro) dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	9
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

4.3. Nos casos não especificados na Tabela, o percentual para contagem será estabelecido tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado.

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

4.5. A perda dos dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

5. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

5.1. As indenizações por Invalidez Permanente Total por Acidente e Morte Acidental não se acumulam. Se depois de paga a indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar se a Morte Acidental do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por Morte Acidental, se contratada estas Coberturas.

6. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

6.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

6.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- ✓ Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- ✓ Relatórios médicos; o Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- ✓ Cópia do Termo ou da carta de concessão da Aposentadoria do INSS, se for o caso;
- ✓ Cópia de exames e radiografias com laudos que comprovam a Invalidez do Segurado;

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

6.4 O Beneficiário será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com legislação aplicável à herança.

7. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

7.1. O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento do Capital Segurado Individual para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do acidente por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

7.2. A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de doença ou acidente.

7.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

7.4. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

7.5. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado Individual.

8. JUNTA MÉDICA

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

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

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

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE ACIDENTAL DO MOTORISTA

1. OBJETIVO

1.1. Indenizar o(s) Beneficiário(s), a título de custeio das **despesas com o funeral do Motorista Segurado por Morte Acidental**, desde que tenha havido a contratação da Cobertura Básica de Morte Acidental do Motorista, sendo certo que a Cobertura respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

1.2. **Está coberto o Auxílio Funeral por Morte decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado esteja na qualidade de Motorista de um veículo discriminado na Apólice no momento do acidente.**

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado estará limitado a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura Básica de Morte Acidental do Motorista.

2.2. O Capital Segurado é o valor a ser pago em caso de sinistro coberto, definido pelo Estipulante, na apólice.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Os riscos excluídos referentes a esta Cobertura estão mencionados no item 5. das Condições Gerais.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1. O beneficiário desta Cobertura, será a pessoa que comprovar por meio de notas fiscais que efetuou todos os pagamentos referentes ao funeral do segurado.

5. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

5.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Beneficiário ou o representante legal do Motorista Segurado, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

5.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- b) Certidão de Óbito (cópia autenticada);

- c) Certidão de Casamento (atualizada) ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);
- d) RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);

6. DISPOSIÇÃO GERAL

6.1. O pagamento desta Cobertura não obriga a Seguradora a dar cobertura às demais Coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

7. RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

1.1. Indenizar o(s) Beneficiário(s), a título de custeio das **despesas com o funeral do Passageiro Segurado por Morte Acidental**, desde que tenha havido a contratação da Cobertura Básica de Morte Acidental dos Passageiros, sendo certo que a Cobertura respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

1.2. **Está coberto o Auxílio Funeral por Morte decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado esteja na qualidade de Passageiro de um veículo discriminado na Apólice no momento do acidente.**

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado estará limitado a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura Básica de Morte Acidental dos Passageiros.

2.2. O Capital Segurado é o valor a ser pago em caso de sinistro coberto, definido pelo Estipulante, na apólice.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Os riscos excluídos referentes a esta Cobertura estão mencionados no item 5. das Condições Gerais.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1. O beneficiário desta Cobertura, será a pessoa que comprovar por meio de notas fiscais que efetuou todos os pagamentos referentes ao funeral do segurado.

5. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

5.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Beneficiário ou o representante legal do Passageiro Segurado, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

5.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- b) Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- c) Certidão de Casamento (atualizada) ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);
- d) RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);

6. DISPOSIÇÃO GERAL

6.1. O pagamento desta Cobertura não obriga a Seguradora a dar cobertura às demais Coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

7. RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL AUXÍLIO CESTA BÁSICA EM CASO DE MORTE ACIDENTAL DO MOTORISTA

1. OBJETIVO

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta **Cobertura a título de Auxílio Cesta Básica em caso de Morte Acidental do Motorista**, sendo certo que a Cobertura respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

1.2. **Está coberto o Auxílio Cesta Básica por Morte Acidental decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, e desde que o segurado esteja na qualidade de motorista de um veículo discriminado na Apólice no momento do acidente.**

1.3. O pagamento da indenização será em 6 (seis) parcelas para aquisição de Cestas Básicas ao(s) Beneficiário(s) do segurado.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado estará limitado a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura Básica de Morte Acidental do Motorista.

2.2. O Capital Segurado é o valor a ser pago em caso de sinistro coberto, definido pelo Estipulante, na apólice.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Os riscos excluídos referentes a esta Cobertura estão mencionados no item 5. das Condições Gerais.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1. Quando o segurado for solteiro, será beneficiária a mãe e na sua falta o pai;

4.2. Quando o segurado for casado, será beneficiário o cônjuge ou companheiro (a) reconhecido (a);

4.3. Na falta destes serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

4.4. Em caso de morte do beneficiário antes do fim do período de recebimento da indenização, as parcelas restantes serão pagas aos seus beneficiários, e que na falta de indicação dos mesmos, deverá ser aplicado o

disposto no art. 792 do Código Civil.

4.5. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade. O segurador, que não for cientificado oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

5. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Beneficiário ou o representante legal do Motorista Segurado, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

5.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a)** Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- b)** Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- c)** Certidão de Casamento (atualizada) ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);
- d)** RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);

6. RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL AUXÍLIO CESTA BÁSICA EM CASO DE MORTE ACIDENTAL DOS PASSAGEIROS

1. OBJETIVO

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta **Cobertura a título de Auxílio Cesta Básica em caso de Morte Acidental dos Passageiros**, sendo certo que a Cobertura respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

1.2. **Está coberto o Auxílio Cesta Básica por Morte Acidental decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, e desde que o segurado esteja na qualidade de passageiro de um veículo discriminado na Apólice no momento do acidente.**

1.3. O pagamento da indenização será em 6 (seis) parcelas para aquisição de Cestas Básicas ao(s) Beneficiário(s), do passageiro segurado, conforme descrito no item 24. Beneficiários das Condições Gerais.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado estará limitado a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura Básica de Morte Acidental dos Passageiros.

2.2. O Capital Segurado é o valor a ser pago em caso de sinistro coberto, definido pelo Estipulante, na apólice.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Os riscos excluídos referentes a esta Cobertura estão mencionados no item 5. das Condições Gerais.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1. Quando o segurado for solteiro, será beneficiária a mãe e na sua falta o pai;

4.2. Quando o segurado for casado, será beneficiário o cônjuge ou companheiro (a) reconhecido (a);

4.3. Na falta destes serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

4.4. Em caso de morte do beneficiário antes do fim do período de recebimento da indenização, as parcelas restantes serão pagas aos seus beneficiários, e que na falta de indicação dos mesmos, deverá ser aplicado o disposto no art. 792 do Código Civil.

4.5. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade. O

segurador, que não for cientificado oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

5. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Beneficiário ou o representante legal do Passageiro Segurado, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

5.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;**
- b) Certidão de Óbito (cópia autenticada);**
- c) Certidão de Casamento (atualizada) ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);**
- d) RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);**

6. RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DO MOTORISTA

1. OBJETIVO

1.1. Garantir o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas por acidente ao Motorista Segurado, efetuadas para o tratamento do mesmo, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, sendo certo que a Cobertura respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

1.2. Estão cobertas as Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas decorrentes exclusivamente de acidente pessoal coberto, e desde que o acidente ocorra com motorista de um veículo discriminado na Apólice no momento do acidente.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado estará limitado a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura Básica de Morte Acidental do Motorista.

2.2 O Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada acidente, observando-se que a soma dos reembolsos em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes eventos, não poderá exceder ao Capital Segurado Individual contratado na Cobertura Básica de Morte Acidental do Motorista.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados no item 5. das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado;
- d) enfermagem de caráter particular;
- e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;
- f) cirurgia plástica estética, exceto aquelas de caráter reparador para reconstituição de funções, danificadas em função de acidente coberto, e cuja finalidade não seja meramente estética;
- g) estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;

- h) tratamentos relacionados a doenças;**
- i) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;**
- j) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;**
- k) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- l) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);**
- m) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;**
- n) luxações recidivantes de qualquer articulação;**
- o) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- p) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós laminectomia, e protusões discais degenerativas;**
- q) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- r) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.**
- s) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto.**

4. BENEFICIÁRIOS

4.1. O Beneficiário será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com legislação aplicável à herança.

5. DA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

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

6. DA COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

6.1. As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, com a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- b) Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
- c) Notas Fiscais originais; o Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;
- d) Receita Médica; o Boletim de Ocorrência Policial ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada).

7. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

7.1. Caso o Segurado possua mais de uma Apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora, nesta Apólice, será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuado, entre todas as Apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta Cobertura em cada uma delas.

8. RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DOS PASSAGEIROS

1. OBJETIVO

1.1. Garantir o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas por acidente ao Passageiro Segurado, efetuadas para o tratamento do mesmo, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, sendo certo que a Cobertura respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

1.2. Estão cobertas as Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas decorrentes exclusivamente de acidente pessoal coberto, e desde que o acidente ocorra com Passageiro de um veículo discriminado na Apólice no momento do acidente.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado estará limitado a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura Básica de Morte Acidental dos Passageiros.

2.2. Caso o Segurado possua mais de uma Apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora, nesta Apólice, será igual ao Capital Segurado obtido pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as Apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta Cobertura em cada uma das Apólices.

2.3 O Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada acidente, observando-se que a soma dos reembolsos em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes eventos, não poderá exceder ao Capital Segurado Individual contratado na Cobertura Básica de Morte Acidental.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Despesas médicas, hospitalares e odontológicas para eventos diretamente ligados a causas acidentais dos Passageiros Segurados.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item 5. das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;

- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;**
- c) despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado;**
- d) enfermagem de caráter particular;**
- e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;**
- f) cirurgia plástica estética, exceto aquelas de caráter reparador para reconstituição de funções, danificadas em função de acidente coberto, e cuja finalidade não seja meramente estética;**
- g) estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;**
- h) tratamentos relacionados a doenças;**
- i) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;**
- j) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;**
- k) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- l) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);**
- m) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;**
- n) luxações recidivantes de qualquer articulação;**
- o) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- p) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós laminectomia, e protusões discais degenerativas;**
- q) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- r) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.**
- s) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto.**

5. BENEFICIÁRIOS

5.1. O Beneficiário será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal

no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com legislação aplicável à herança.

6. DA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

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

7. DA COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

7.1. As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, com a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- b) Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
- c) Notas Fiscais originais; o Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;
- d) Receita Médica; o Boletim de Ocorrência Policial ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada).

8. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

8.1. Caso o Segurado possua mais de uma Apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora, nesta Apólice, será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuado, entre todas as Apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta Cobertura em cada uma delas.

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE DO MOTORISTA

1. OBJETIVO

1.1. Garantir uma indenização ao Motorista Segurado, referente ao pagamento de diárias por cada dia de Incapacidade Física e Temporária, caso o segurado fique totalmente impossibilitado de forma contínua e ininterrupta de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, sendo certo que a Cobertura respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

1.2. Está coberta a Incapacidade Física e Temporária decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, e desde segurado esteja na qualidade de motorista de um veículo discriminado na Apólice no momento do acidente.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. É o valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro e será definido na apólice.

2.2. A Indenização consiste no pagamento do valor da diária contratada, durante o período de efetivo afastamento limitado ao período indenitário contratado.

2.3. O valor do Capital Segurado contratado para a Cobertura da Diária de Incapacidade será devido a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

2.4. Será iniciado o pagamento das diárias por Incapacidade Física e Temporária por Acidente no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de protocolo da entrega da documentação respectiva a Seguradora.

2.5. Nos casos em que o período da Incapacidade Física e Temporária por Acidente não superar 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará um único pagamento no valor total das diárias correspondentes.

2.6. Para períodos de Incapacidade superiores a 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará o pagamento em parcelas quinzenais ao segurado. Para o recebimento das parcelas o Segurado deverá enviar a seguradora Declaração Médica atualizada comprovando a incapacidade temporária referente ao período de pagamento da referida parcela.

2.7. Independente da quantidade de eventos caracterizados e cobertos pelas condições da apólice, o montante de diárias indenizáveis a cada segurado, considerando cada período anual de vigência da apólice, não poderá exceder o número de diárias contratadas especificamente para este mesmo

período, mesmo que perdure a Incapacidade Física e Temporária por Acidente do Segurado.

2.8. Todas as despesas efetuadas para a comprovação correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos da Cláusula Adicional de Diárias por Incapacidade Temporária:

a) Lesões decorrentes do desempenho no serviço policial (militar ou civil) ou nas forças armadas, e ainda, de atos reconhecidamente perigosos, inclusive prática de esportes;

b) Acidentes ou lesões preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;

c) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;

d) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;

e) Qualquer evento consequente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por:

- ✓ tentativa de suicídio voluntário e premeditado, desde que este ocorra nos dois primeiros anos de vigência da apólice;
- ✓ epidemia declarada por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza;
- ✓ procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- ✓ doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;

f) Síndrome do pânico;

g) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;

h) Qualquer sinistro que impossibilite o segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias;

i) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;

j) As instabilidades crônicas (agonizadas ou não) de qualquer articulação, as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite, reumatóide e osteoartrose;

k) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e

cervicalgias;

l) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

m) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

n) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.

o) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

p) 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 Osteo-musculares Relacionadas ao trabalho – DORT
- ✓ Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC
- ✓ Similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

3.2. Fica ainda excluído do risco garantido por esta Cláusula Especial, qualquer afastamento quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o Segurado principal.

5. LIMITE DAS DIÁRIAS

5.1. O limite de diárias constará das Condições Contratuais, podendo ser de até, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias por vigência do Contrato e por evento, não sendo cumulativas as diárias não utilizadas pelo Segurado no evento anterior. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o período indenitário contratado.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

6.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a)** Formulário de Aviso de Sinistro para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento – DIT (formulário fornecido pela SEGURADORA ;
- b)** RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- c)** Declaração Médica comprovando a incapacidade temporária e fixando o número de diárias de incapacidade;
- d)** Boletim de Ocorrência Policial, se houver, ou Certidão de Ocorrência Policial, cópia;
- e)** Radiografias se houver; o CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;
- f)** Fotocópia do comprovante de residência do segurado;
- g)** Fotocópia do comprovante bancário do segurado.
- h)** Exames e laudos médicos (cópia autenticada);
- i)** Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada).

7. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

7.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Diária por Incapacidades Temporária, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o afastamento.

7.2. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

8. RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE DOS PASSAGEIROS

1. OBJETIVO

1.1. Garantir uma indenização ao Passageiro Segurado, referente ao pagamento de diárias por cada dia de Incapacidade Física e Temporária, caso o segurado fique totalmente impossibilitado de forma contínua e ininterrupta de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, sendo certo que a Cobertura respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

1.2. Está coberta a Incapacidade Física e Temporária decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, e desde segurado esteja na qualidade de Passageiro de um veículo discriminado na Apólice no momento do acidente.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. É o valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro e será definido na apólice.

2.2. A Indenização consiste no pagamento do valor da diária contratada, durante o período de efetivo afastamento limitado ao período indenitário contratado.

2.3. O valor do Capital Segurado contratado para a Cobertura da Diária de Incapacidade será devido a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

2.4. Será iniciado o pagamento das diárias por Incapacidade Física e Temporária por Acidente no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de protocolo da entrega da documentação respectiva a Seguradora.

2.5. Nos casos em que o período da Incapacidade Física e Temporária por Acidente não superar 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará um único pagamento no valor total das diárias correspondentes.

2.6. Para períodos de Incapacidade superiores a 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará o pagamento em parcelas quinzenais ao segurado. Para o recebimento das parcelas o Segurado deverá enviar a seguradora Declaração Médica atualizada comprovando a incapacidade temporária referente ao período de pagamento da referida parcela.

2.7. Independente da quantidade de eventos caracterizados e cobertos pelas condições da apólice, o montante de diárias indenizáveis a cada segurado, considerando cada período anual de vigência da apólice, não poderá exceder o número de diárias contratadas especificamente para este mesmo período, mesmo que perdure a Incapacidade Física e Temporária por Acidente do Segurado.

2.8. Todas as despesas efetuadas para a comprovação correrão por conta do Segurado ou seu representante

legal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos da Cláusula Adicional de Diárias por Incapacidade Temporária:

- a) Lesões decorrentes do desempenho no serviço policial (militar ou civil) ou nas forças armadas, e ainda, de atos reconhecidamente perigosos, inclusive prática de esportes;**
- b) Acidentes ou lesões preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;**
- c) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;**
- d) Síndrome do pânico;**
- e) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;**
- f) Qualquer sinistro que impossibilite o segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias;**
- g) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;**
- h) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;**
- i) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- j) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.**
- k) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- l) 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 Osteo-musculares Relacionadas ao trabalho – DORT**
 - ✓ Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC**
 - ✓ Similares que venham a ser aceitas pela classe médico-cinética, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.**

3.2. Fica ainda excluído do risco garantido por esta Cláusula Especial, qualquer afastamento quando

concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o Segurado principal.

5. LIMITE DAS DIÁRIAS

5.1. O limite de diárias constará das Condições Contratuais, podendo ser de até, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias por vigência do Contrato e por evento, não sendo cumulativas as diárias não utilizadas pelo Segurado no evento anterior. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o período indenitário contratado.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

6.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a)** Formulário de Aviso de Sinistro para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento – DIT (formulário fornecido pela SEGURADORA ;
- b)** RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- c)** Declaração Médica comprovando a incapacidade temporária e fixando o número de diárias de incapacidade;
- d)** Boletim de Ocorrência Policial, se houver, ou Certidão de Ocorrência Policial, cópia;
- e)** Radiografias se houver; o CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;
- f)** Fotocópia do comprovante de residência do segurado;
- g)** Fotocópia do comprovante bancário do segurado.
- h)** Exames e laudos médicos (cópia autenticada);
- i)** Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada).

7. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

7.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Diária por Incapacidades Temporária, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o afastamento.

7.2. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não

constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

8. RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE DO MOTORISTA

1. OBJETIVO

1.1. Garantir uma indenização ao Motorista Segurado, referente ao pagamento de diárias, por cada dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar, caso ocorra internação decorrente de Acidente Pessoal Coberto, sendo certo que a Cobertura respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

1.2. Está coberta a Diária por Internação Hospitalar decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, e desde que o acidente ocorra com o motorista em um veículo discriminado na Apólice no momento do acidente.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. É o valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro e será definido na apólice.

2.2. A Indenização consiste no pagamento do valor da diária, proporcional ao período de internação do Segurado, em uma Instituição Hospitalar, pagável por cada dia de hospitalização (valor diário fixo), durante o período de efetivo afastamento limitado ao período indenitário contratado.

2.3. Nos casos em que o período da Internação não superar 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará um único pagamento no valor total das diárias correspondentes.

2.4. Para períodos de Internação Hospitalar superiores a 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará o pagamento em parcelas quinzenais ao segurado. Para o recebimento das parcelas o Segurado deverá enviar a seguradora Declaração Médica atualizada comprovando a Internação Hospitalar.

2.5. Todas as despesas efetuadas para a comprovação correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

2.6. Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.

2.7. 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 este Seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos da Cláusula Adicional de Diárias por Internação Hospitalar:

- a) Lesões decorrentes do desempenho no serviço policial (militar ou civil) ou nas forças armadas, e ainda, de atos reconhecidamente perigosos, inclusive prática de esportes;
- b) Incapacidade causada por doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação desta Apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;
- c) Acidentes ou lesões preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;
- d) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;
- e) Qualquer evento consequente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por:
 - ✓ tentativa de suicídio voluntário e premeditado, desde que este ocorra nos dois primeiros anos de vigência da apólice;
 - ✓ epidemia declarada por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza;
 - ✓ procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - ✓ doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;
- f) Qualquer sinistro que impossibilite o segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias;
- g) Tratamento fisioterápico;
- h) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
- i) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- j) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou

cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

k) 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 Osteo-musculares Relacionadas ao trabalho – DORT**
- ✓ **Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC**
- ✓ **Similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.**

3.2. Fica ainda excluído do risco garantido por esta Cláusula Especial, qualquer afastamento quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o Segurado principal.

5. LIMITE DAS DIÁRIAS

5.1. O limite de diárias constará das Condições Contratuais, podendo ser de até, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias por vigência do Contrato e por evento, não sendo cumulativas as diárias não utilizadas pelo Segurado no evento anterior. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o período indenitário contratado.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

6.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento – DIH(formulário fornecido pela SEGURADORA);**
- b) RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);**
- c) Declaração Médica comprovando a internação hospitalar e fixando o número de diárias de internação;**
- d) Boletim de Ocorrência Policial, se houver, ou Certidão de Ocorrência Policial, cópia;**

- e) Radiografias se houver; o CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;
- f) Fotocópia do comprovante de residência do segurado;
- g) Fotocópia do comprovante bancário do segurado.
- h) Exames e laudos médicos (cópia autenticada);
- i) Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada).

7. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

7.1. As despesas efetuadas com a legitimação das Diárias por Internação Hospitalar, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o afastamento.

7.2. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

8. RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE DOS PASSAGEIROS

1. OBJETIVO

1.1. Garantir uma indenização ao Passageiro Segurado, referente ao pagamento de diárias, por cada dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar, caso ocorra internação decorrente de Acidente Pessoal Coberto, sendo certo que a Cobertura respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

1.2. Está coberta a Diária por Internação Hospitalar decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, e desde que o acidente ocorra com o Passageiro de um veículo discriminado na Apólice no momento do acidente.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. É o valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro e será definido na apólice.

2.2. A Indenização consiste no pagamento do valor da diária, proporcional ao período de internação do Segurado, em uma Instituição Hospitalar, pagável por cada dia de hospitalização (valor diário fixo), durante o período de efetivo afastamento limitado ao período indenitário contratado.

2.3. Nos casos em que o período da Internação não superar 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará um único pagamento no valor total das diárias correspondentes.

2.4. Para períodos de Internação Hospitalar superiores a 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará o pagamento em parcelas quinzenais ao segurado. Para o recebimento das parcelas o Segurado deverá enviar a seguradora Declaração Médica atualizada comprovando a Internação Hospitalar.

2.5. Todas as despesas efetuadas para a comprovação correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

2.6. Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.

2.7. 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 este Seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos da Cláusula

Adicional de Diárias por Internação Hospitalar:

- a) **Lesões decorrentes do desempenho no serviço policial (militar ou civil) ou nas forças armadas, e ainda, de atos reconhecidamente perigosos, inclusive prática de esportes;**
- b) **Incapacidade causada por doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação desta Apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;**
- c) **Acidentes ou lesões preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;**
- d) **Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;**
- e) **Qualquer evento consequente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por:**
 - ✓ **tentativa de suicídio voluntário e premeditado, desde que este ocorra nos dois primeiros anos de vigência da apólice;**
 - ✓ **epidemia declarada por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza;**
 - ✓ **procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
 - ✓ **doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;**
- f) **Qualquer sinistro que impossibilite o segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias;**
- g) **Tratamento fisioterápico;**
- h) **As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;**
- i) **Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;**
- j) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- k) **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 Osteo-musculares Relacionadas ao trabalho – DORT**
- ✓ **Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC**
- ✓ **Similares que venham a ser aceitas pela classe médico-cinética, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.**

3.2. Fica ainda excluído do risco garantido por esta Cláusula Especial, qualquer afastamento quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o Segurado principal.

5. LIMITE DAS DIÁRIAS

5.1. O limite de diárias constará das Condições Contratuais, podendo ser de até, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias por vigência do Contrato e por evento, não sendo cumulativas as diárias não utilizadas pelo Segurado no evento anterior. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o período indenitário contratado.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

6.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento – DIH (formulário fornecido pela SEGURADORA);
- b) RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- c) Declaração Médica comprovando a internação e fixando o número de diárias de internação;
- d) Boletim de Ocorrência Policial, se houver, ou Certidão de Ocorrência Policial, cópia;
- e) Radiografias se houver; o CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;
- f) Fotocópia do comprovante de residência do segurado;

- g) Fotocópia do comprovante bancário do segurado.
- h) Exames e laudos médicos (cópia autenticada);
- i) Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada).

7. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

7.1. As despesas efetuadas com a legitimação das Diárias por Internação Hospitalar, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o afastamento.

7.2. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

8. RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

Volts Seguradora

Mais que seguros,
soluções para
viver melhor.



volts
SEGURADORA

www.voltsseguradora.com.br