

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

PROCESSO SUSEP 15414.900057/2013-49 – VERSÃO 5.0
SANCOR SEGUROS DO BRASIL S.A.
CNPJ 17.643.407/0001-30

SUMÁRIO

CANAIS DE ATENDIMENTO	5
CONDIÇÕES GERAIS	6
SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL – Versão 5.0.....	6
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	6
Cláusula 2 – TIPO DE CONTRATAÇÃO	6
Cláusula 3 – DEFINIÇÕES	6
Cláusula 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	9
Cláusula 5 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)	9
Cláusula 6 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	9
Cláusula 7 – ACEITAÇÃO	10
Cláusula 8 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	12
Cláusula 9 – FRANQUIAS E CARÊNCIAS.....	13
Cláusula 10 – ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DE VALORES	13
Cláusula 11 – PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	14
Cláusula 12 – COMUNICAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	15
Cláusula 13 – REINTEGRAÇÃO.....	17
Cláusula 14 – PERDA DE DIREITOS	17
Cláusula 15 – BENEFICIÁRIOS	18
Cláusula 16 – CANCELAMENTO DO SEGURO E RESCISÃO CONTRATUAL.....	18
Cláusula 17 – FORO.....	19
Cláusula 18 – ARBITRAGEM	19
CONDIÇÕES ESPECIAIS	20
COBERTURAS DO SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL – Versão 5.0.....	20
AUXÍLIO FUNERAL.....	20
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	20
Cláusula 2 – DEFINIÇÕES	20
Cláusula 3 – ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	20
Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO.....	20
Cláusula 5 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	20
Cláusula 6 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	21
Cláusula 7 – OUTROS SEGUROS	21
Cláusula 8 – RATIFICAÇÃO.....	21
CESTA BÁSICA.....	22
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	22
Cláusula 2 – CAPITAL SEGURADO.....	22

Cláusula 3 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	22
Cláusula 4 – BENEFICIÁRIO	22
Cláusula 5 – RATIFICAÇÃO	22
COBERTURA SUPLEMENTAR DE CÔNJUGE.....	23
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	23
Cláusula 2 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)	23
Cláusula 3 – CAPITAL SEGURADO.....	23
Cláusula 4 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	23
Cláusula 5 – CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL	24
Cláusula 6 – RATIFICAÇÃO	24
COBERTURA SUPLEMENTAR DE FILHO(S).....	25
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	25
Cláusula 2 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)	25
Cláusula 3 – CAPITAL SEGURADO.....	25
Cláusula 4 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	25
Cláusula 5 – CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL	26
Cláusula 6 – RATIFICAÇÃO	26
DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL (DMHO) 27	
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	27
Cláusula 2 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	27
Cláusula 3 – CAPITAL SEGURADO.....	27
Cláusula 4 – FRANQUIAS	28
Cláusula 5 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	28
Cláusula 6 – OUTROS SEGUROS	28
Cláusula 7 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	28
Cláusula 8 – RATIFICAÇÃO.....	28
DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL (DITA).....	29
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	29
Cláusula 2 – DEFINIÇÕES	29
Cláusula 3 – ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	29
Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO.....	29
Cláusula 5 – FRANQUIAS	29
Cláusula 6 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	29
Cláusula 7 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	30
Cláusula 8 – RATIFICAÇÃO	30
DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL (DIHA).....	31
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	31
Cláusula 2 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	31
Cláusula 3 – CAPITAL SEGURADO.....	31
Cláusula 4 – FRANQUIAS	32

Cláusula 5 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	32
Cláusula 6 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	32
Cláusula 7 – RATIFICAÇÃO	33
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE PESSOAL (IPA).....	34
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	34
Cláusula 2 – DEFINIÇÕES	34
Cláusula 3 – RISCOS EXCLUÍDOS	34
Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO	35
Cláusula 5 – CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO	35
Cláusula 6 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	37
Cláusula 7 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	37
Cláusula 8 – RATIFICAÇÃO	37
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE PESSOAL (IPTA).....	38
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	38
Cláusula 2 – RISCOS COBERTOS	38
Cláusula 3 – CAPITAL SEGURADO	38
Cláusula 4 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	38
Cláusula 5 – CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO	39
Cláusula 6 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	39
Cláusula 7 – RATIFICAÇÃO	40
MORTE ACIDENTAL	41
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	41
Cláusula 2 – CAPITAL SEGURADO	41
Cláusula 3 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	41
Cláusula 4 – RATIFICAÇÃO	41
DOENÇAS GRAVES	43
Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO	43
Cláusula 2 – DEFINIÇÕES	43
Cláusula 3 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)	43
Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO	44
Cláusula 5 – CARÊNCIAS	45
Cláusula 6 – REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA	45
Cláusula 7 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	45
Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	46
Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO	46

CANAIS DE ATENDIMENTO

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC): 0800 200 0392

Deficientes auditivos ou de fala: 0800 888 0399

Horário de atendimento: 24 horas (todos os dias)

sac@sancorseguros.com

Assistência 24 horas:

4003 0393 (Capitais e regiões metropolitanas)

0800 200 0393 (Demais localidades)

Horário de atendimento: 24 horas (todos os dias)

assistencia@sancorseguros.com

Central de Sinistros:

4003 0395 (Capitais e regiões metropolitanas)

0800 200 0395 (Demais localidades)

Horário de atendimento: das 8h às 20h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

Ouvidoria: 0800 888 0402

Ouvidoria para deficientes auditivos ou de fala: 0800 773 7680

Horário de atendimento: das 8h às 20h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

www.sancorseguros.com/ouvidoria

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, para prevenir, esclarecer e solucionar conflitos não atendidos pelos canais de atendimento habituais.

Canal de Denúncias: 0800 591 7050

Horário de atendimento: 24 horas (todos os dias)

<https://ouvidordigital.com.br/sancorseguros>

Um canal independente para registro de informações de violação de condutas éticas ou descumprimento das legislações.

Plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados: www.consumidor.gov.br

SANCOR SEGUROS DO BRASIL S.A.

CNPJ 17.643.407/0001-30

Av. Duque de Caxias, 882 – Zona 01 - Maringá/PR - CEP:87013-180

www.sancorseguros.com.br

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL – Versão 5.0

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

O Segurado poderá consultar a situação cadastral do Corretor de Seguros e da sociedade Seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

O presente Plano de Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), até o limite dos respectivos Capitais Segurados, caso venha a ocorrer um dos Eventos Cobertos previstos nas Garantias contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, observadas estas CONDIÇÕES GERAIS, as CONDIÇÕES ESPECIAIS e os Documentos Contratuais expressamente convencionados.

Cláusula 2 – TIPO DE CONTRATAÇÃO

Este Plano de Seguro está estruturado para contratação individual no Regime Financeiro de Repartição Simples, cuja natureza técnica não permite a constituição de provisões matemáticas passíveis de serem resgatadas ou devolvidas, posto que os Prêmios pagos destinam-se, exclusivamente ao pagamento de Indenizações e Carregamentos.

Cláusula 3 – DEFINIÇÕES

Para fins deste Plano de Seguro, serão utilizadas as seguintes definições:

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

Apólice: Documento emitido pela sociedade Seguradora formalizando a aceitação da(s) Cobertura(s) solicitada(s) pelo Proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos.

Aviso de Sinistro: É a comunicação obrigatória e formal do Segurado, Beneficiário ou seus representantes legais à Seguradora da ocorrência do evento de Sinistro passível de Cobertura, assim que dele tenha conhecimento e conforme previsto nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

Beneficiário: É a pessoa física ou jurídica a favor da qual é devida a Indenização, em caso de Evento Coberto.

Boa Fé: No Contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que têm o Segurado e a Sociedade Seguradora, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios, e convictos de que agem em conformidade com a lei. Antônimo de má-fé.

Capital Segurado: Valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela sociedade Seguradora na ocorrência de Evento Coberto.

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

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

Cobertura: Conjunto de riscos assumidos pela Seguradora, conforme o Contrato de seguro, respeitados os eventos não cobertos e riscos excluídos.

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

Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo Plano de Seguro.

Condições Especiais: São condições que especificam as diferentes modalidades de Cobertura e Garantias adicionais que podem existir dentro de um mesmo Plano de Seguro.

Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo Plano de Seguro, estabelecendo obrigações e direitos da sociedade Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

Consignante: Pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento dos Prêmios devidos pelos Segurados e pelo seu respectivo repasse em favor da sociedade Seguradora.

Corretor de Seguros: Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover Contratos de Seguros.

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

Documentos Contratuais: Documento emitido pela Seguradora, sendo a Apólice, a Apólice de averbação, o Certificado Individual, o Endosso e o bilhete de seguro.

Doenças Preexistentes: São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado, anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na Proposta de contratação.

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

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

Evento Coberto: É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, descrito nas Garantias e ocorrido durante a Vigência do seguro.

Foro: Refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do Contrato; jurisdição, alçada. Sinônimo de fórum.

Franquia: É um valor inicial do Capital Segurado ou um período em dias, pelo qual o Segurado fica responsável como Segurador de si próprio. Este valor ou número de dias estarão definidos no Plano de Seguro e nos Documentos Contratuais.

Garantia: Designação genérica dos riscos cobertos pelo seguro e assumidos pela Seguradora, nos termos do Plano de Seguro sendo também empregado como sinônimo de Cobertura.

Indenização: Valor a ser pago pela sociedade Seguradora na ocorrência do Evento Coberto, limitado ao valor do Capital Segurado da Cobertura contratada.

Início de Vigência: É a data a partir da qual as Coberturas de risco Propostas serão garantidas pela sociedade Seguradora.

Plano de Seguro: Conjunto de documentos elaborados pelas Seguradoras com a finalidade de estabelecer as normas operacionais de um determinado ramo de seguro. É subdividido em: CONDIÇÕES GERAIS do ramo, Coberturas Básicas oferecidas (CONDIÇÕES ESPECIAIS), Coberturas Adicionais e Cláusulas Específicas disponíveis (Condições Particulares) e Nota Técnica Atuarial.

Prêmio: Importância paga pelo Segurado ou Estipulante/Proponente à Seguradora para que esta assuma consequências de parte do risco a que o Segurado está exposto.

Proponente: Pessoa física interessada em contratar a Cobertura (ou Coberturas) ou em aderir ao Contrato, no caso de contratação sob a forma coletiva.

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.

Regime Financeiro de Repartição Simples: A estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do Plano de Seguro, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos Eventos Cobertos ocorridos nesse período.

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

Reintegração do Capital Segurado: Recomposição do Capital Segurado após a ocorrência de um Sinistro.

Segurado: No Seguro de Pessoas será a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Sinistro: A ocorrência do risco coberto, durante o período de Vigência do Plano de Seguro.

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

de Seguro.

Cláusula 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO

4.1 O âmbito geográfico das Coberturas será em todo o globo terrestre, salvo disposição em contrário discriminada nas CONDIÇÕES ESPECIAIS.

Cláusula 5 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)

5.1 As Coberturas contratadas somente serão válidas quando estiverem expressamente indicadas nos Documentos Contratuais e respeitadas todas as condições estabelecidas nestas CONDIÇÕES GERAIS e nas CONDIÇÕES ESPECIAIS.

5.2 **NÃO SÃO CONSIDERADAS CONTRATADAS, E, PORTANTO, NÃO ENTENDIDAS COMO PARTE INTEGRANTE DESTE SEGURO, AS COBERTURAS QUE NÃO ESTIVEREM EXPRESSAMENTE MENCIONADAS E DEVIDAMENTE IDENTIFICADAS NA PROPOSTA E RATIFICADAS NA APÓLICE.**

5.3 A(s) Cobertura(s) oferecida(s) por este Plano de Seguro e contratada(s) pelo Segurado encontra(m)-se disciplinada(s) na(s) CONDIÇÕES ESPECIAIS, que faz(em) parte integrante e complementar destas CONDIÇÕES GERAIS.

5.4 Este Seguro não possui Garantia básica, podendo ser contratadas quaisquer das Garantias oferecidas juntas ou isoladamente.

Cláusula 6 – RISCOS EXCLUÍDOS

6.1 **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA DE:**

- a) uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, hostilidades de guerra civil ou guerrilha, invasões, atos militares, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, golpe militar ou usurpação de poder, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;
- d) lesões ou Doenças Preexistentes à contratação do Plano de Seguro, que sejam de conhecimento do Segurado e que não tenham sido declaradas, por meio da DPSA, na Proposta;
- e) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares

que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

- f) competições em aeronaves e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios, mesmo quando não relacionados a práticas de esportes;
- g) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) lesão intencionalmente autoinfligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado ocorrida nos primeiros 02 (dois) anos de seguro ou da sua recondução depois de suspenso;
- i) atos ilícitos Dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, esta exclusão se aplica aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e pelos respectivos representantes legais;
- j) de qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- k) de parto, ou aborto e suas consequências; de choque anafilático e suas consequências, salvo quando decorrentes de acidentes pessoais cobertos;
- l) das moléstias ou doenças crônicas decorrentes de picada de insetos;
- m) acidentes ocorridos antes da inclusão do Segurado no presente seguro, bem como suas consequências;
- n) epidemias ou pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento em caráter coletivo.
- o) da prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à Lei, incluindo nesta a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal.

6.2 NENHUMA INDENIZAÇÃO SERÁ DEVIDA DIFERENTE DAS GARANTIAS PREVISTAS E EFETIVAMENTE CONTRATADAS. NÃO ESTÃO GARANTIDAS INDENIZAÇÕES PARA DANOS MORAIS, DANOS ESTÉTICOS, LUCROS CESSANTES, INTERRUÇÃO DE RENDA, PAGAMENTO DE PENSÃO, PERDAS E DANOS.

Cláusula 7 – ACEITAÇÃO

7.1 A aceitação da Proposta do seguro está sujeita à análise de risco.

7.2 Recebida a Proposta com todos os dados exigíveis do Proponente, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da Proposta, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

7.3 Para aceitação do Seguro, a Seguradora poderá eventualmente exigir, além das informações existentes na Proposta, novos documentos e/ou informações complementares ou explicativas às contidas

na Proposta, necessários à análise do risco. Nesta hipótese, o prazo de 15 (quinze) dias para a manifestação pela Seguradora sobre a aceitação ou recusa do Seguro ficará suspenso voltando a correr na data em que forem protocoladas na Seguradora a entrega da documentação e das informações solicitadas.

7.4 A emissão e o envio da Apólice dentro do prazo de aceitação, substitui a manifestação expressa de aceitação da Proposta pela Seguradora.

7.5 A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da Proposta, justificando a recusa, no prazo de 15 (quinze) dias. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da Proposta.

7.6 Em sendo aceita a Proposta de Contratação, a Seguradora emitirá a Apólice, no prazo de até 15 (quinze) dias.

7.7 Caberá ao Segurado fornecer à Seguradora todas as informações previamente estabelecidas para a análise e aceitação do risco e manter a sociedade Seguradora informada a respeito dos seus dados cadastrais e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente.

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

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

7.8.2 O portador de deficiência não pode ser rejeitado no seguro pela razão única de ser deficiente. Contudo, o Proponente portador de deficiência deve declarar e caracterizar a invalidez preexistente para efeito de limitação de responsabilidade pela Seguradora.

7.9 A inclusão do Proponente no Seguro deverá ser realizada mediante:

7.9.1 preenchimento e assinatura de Proposta pelo Proponente, seu representante legal ou Corretor de Seguros;

7.9.2 declaração de conhecimento prévio da íntegra das CONDIÇÕES GERAIS do seguro;

7.9.3 Declaração Pessoal de Saúde e Atividade (DPSA) ou prova de saúde; e

7.9.4 indicação de Beneficiário(s).

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

7.11 É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de subscrição, informação ao Proponente ou ao Segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com Coberturas concomitantes. A adoção pela Seguradora da faculdade aqui prevista, implicará, obrigatoriamente, a inclusão na Proposta e na Apólice, de alerta que a omissão do Segurado na comunicação desse fato à Seguradora poderá resultar na perda do direito à Garantia, se comprovado que silenciou de má-fé.

7.12 A cobrança total ou parcial de Prêmio antes da aceitação da Proposta somente será admitida em caso de oferecimento de Cobertura provisória ao Proponente, para Sinistros ocorridos no período de análise da Proposta

desde que solicitada pelo Proponente.

7.13 No caso de aceitação da Proposta, a Seguradora irá considerar o período de Cobertura provisória como de efetiva Vigência conforme a especificação da Apólice.

7.14 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. O Proponente tem Cobertura do seguro entre a data de recebimento da Proposta com adiantamento do Prêmio e a data da formalização da recusa.

7.14.1 O valor devido será atualizado monetariamente pelo índice definido na Cláusula 10 – ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DE VALORES destas CONDIÇÕES GERAIS, a contar da data do pagamento até a data efetiva da restituição, de acordo com a legislação em vigor.

7.15 Em caso de não Aceitação de Proposta em que tenha havido adiantamento de valor para pagamento parcial ou total do Prêmio, o seguro será imediatamente cancelado.

Cláusula 8 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1 A Apólice terá seu início e término de Vigência às 24 horas da(s) data(s) definida(s) nos Documentos Contratuais inclusive os Endossos correspondentes.

8.2 Para as Propostas de contratação que tenham sido recepcionadas, sem pagamento do Prêmio, o Início de Vigência da Cobertura será a data de aceitação da Proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nos Documentos Contratuais.

8.3 Nos Seguros cujas Propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do Prêmio, terão seu Início de Vigência a partir das 24 horas da data de recepção da Proposta pela Seguradora.

8.4 No início de cada Vigência do seguro, bem como nos aniversários subsequentes, a Seguradora providenciará a emissão da Apólice, com identificação do Segurado e Dependentes, se for o caso, início e final de Vigência do seguro, Capital Segurado e Prêmio para cada Garantia, Franquias, se aplicável, entre outros.

8.5 As Coberturas expressamente ratificadas e incluídas na Apólice pelas CONDIÇÕES ESPECIAIS e/ou Endosso terão sua Vigência coincidente com a da Apólice quando incluídas no início do Seguro, de modo contrário, terão o Início de sua Vigência fixado no Endosso que as incluir na Apólice.

8.6 Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data do seu vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos dos Documentos Contratuais.

8.7 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.

8.8 Para as Propostas de renovação aplicam-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação descritos na “Cláusula 7 – ACEITAÇÃO” destas CONDIÇÕES GERAIS.

8.9 A Apólice poderá ser renovada automaticamente, uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer

uma das situações previstas na “Cláusula 16 – CANCELAMENTO DO SEGURO E RESCISÃO CONTRATUAL” destas CONDIÇÕES GERAIS.

8.9.1 A renovação automática a que se refere este item não se aplica aos Segurados ou à Seguradora que comunicarem desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final de Vigência da Apólice.

8.10 Após a primeira renovação automática, o Segurado, seu representante e/ou o Corretor de Seguros deverá formalizar à Seguradora pedido de renovação até 15 (quinze) dias antes do final da Vigência deste seguro.

8.11 As alterações de risco, ocorridas durante a vigência do Seguro, deverão ser comunicadas, por escrito, à Seguradora, de forma a permitir que sejam feitos os devidos ajustes no Seguro.

8.12 Qualquer alteração no Contrato de Seguro deverá ser realizada por Endosso à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante legal.

Cláusula 9 – FRANQUIAS E CARÊNCIAS

9.1 No caso de Acidente Pessoal não há aplicação de qualquer tipo de Carência, exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa, quando o período de Carência corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação do Seguro, ou da sua recondução depois de suspenso.

9.2 A Seguradora poderá adotar Franquias para Coberturas contratadas. Nestes casos estarão estabelecidas e expressas na Proposta, em período anterior ao Início de Vigência.

Cláusula 10 – ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DE VALORES

10.1 O Capital Segurado individual, e por consequência o respectivo Prêmio, serão atualizados monetariamente a cada 12 (doze) meses, com base na variação acumulada do Índice de Preço ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE.

10.2 Quando houver pagamento de Prêmio único ou de periodicidade anual, os Capitais Segurados pagáveis por morte acidental ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

10.3 A atualização dos valores relativos às obrigações decorrentes do Contrato de Seguro será realizada segundo os critérios seguintes:

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

10.3.2 para efeito da atualização monetária será utilizado o Índice de Preço ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE.

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

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

- 10.4 A título de juros de mora será utilizado o percentual máximo de 12% (doze por cento) ao ano.
- 10.5 Os valores devidos a título de devolução de Prêmio sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido **no item 10.3.2** acima, a partir da data em que se tornarem exigíveis, conforme o seguinte:
- 10.5.1 no caso de cancelamento do Seguro: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora;
 - 10.5.2 no caso de recebimento indevido de Prêmio: a partir da data de recebimento do Prêmio;
 - 10.5.3 no caso de recusa da Proposta de Contratação: a partir da data do recebimento do Prêmio.
- 10.6 Os demais valores, das obrigações pecuniárias da Seguradora, incluindo as indenizações e pagamentos dos Prêmios, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do mesmo índice estabelecido **no item 10.3.2** acima, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a partir da data de ocorrência do evento.
- 10.7 Quando a Indenização for paga sob a forma de reembolso de despesas, na hipótese de não cumprimento pela Seguradora do prazo para o pagamento, a exigibilidade para fins de atualização monetária será a data do efetivo dispêndio pelo Segurado ou Beneficiário.
- 10.8 Quando o prazo de qualquer obrigação pecuniária supera o prazo fixado nestas CONDIÇÕES CONTRATUAIS e na Apólice, os valores acrescidos serão de juros moratórios, com a taxa acima indicada, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado nos Documentos Contratuais.

Cláusula 11 – PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 11.1 O prêmio inicial será aquele constante da Proposta na época da contratação deste Seguro.
- 11.2 Os Capitais Segurados serão estabelecidos na Apólice e poderão ser revistos a qualquer momento, a pedido do Segurado, desde que expressamente aceitos pela Seguradora.
- 11.3 Qualquer aumento de Capitais implicará o aumento automático dos Prêmios, obedecendo à mesma proporção aplicada ao acréscimo dos Capitais.
- 11.4 Quando a forma de cobrança for a de desconto ou de consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício ou mediante pedido do Segurado, por escrito.
- 11.5 O Prêmio será o produto da taxa calculada quando da contratação do Seguro, pelo Capital individual de cada Cobertura contratada, sendo o Prêmio total o somatório dos Prêmios individuais.
- 11.6 O Segurado poderá optar se irá efetuar o pagamento do Prêmio de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual.
- 11.7 Caso o Segurado opte pelo pagamento dos Prêmios de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de Cobertura. **Na hipótese de rescisão do presente contrato de Seguro em que o Segurado pague os Prêmios mensais, nenhuma devolução de Prêmio será devida.**
- 11.8 Caso o Segurado opte pelos Prêmios anuais, cada pagamento será correspondente a um ano de Cobertura.

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

11.10 O pagamento do Prêmio será feito à Seguradora através da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei expressamente definidas nos Documentos Contratuais.

11.11 Se a data limite para o pagamento do Prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com o dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

11.12 Se o Sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do Prêmio sem que tenha sido efetuado, o direito à Indenização não ficará prejudicado.

11.13 O(s) Prêmio(s) do seguro pago(s) em atraso terá(ão) seu(s) valor(es) atualizado(s) monetariamente até a data do efetivo pagamento pelo índice indicado na “Cláusula 10 – ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DE VALORES” destas CONDIÇÕES GERAIS.

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

11.15 A falta de pagamento do Prêmio por um período superior a 60 (sessenta) dias implicará o cancelamento automático do Seguro, sendo o prazo da Cobertura ajustado em função do Prêmio efetivamente pago.

11.16 Neste período de tolerância (60 dias) o Segurado terá Cobertura dos Sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do Prêmio devido ou, quando for o caso, sua compensação na Indenização paga ao(s) Beneficiário(s).

Cláusula 12 – COMUNICAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

12.1 Em caso de Sinistro coberto por este Plano de Seguro, deverá(ão) o(s) Beneficiário(s), informar imediatamente o Sinistro e comprovar satisfatoriamente sua ocorrência, por meio dos documentos básicos listados nesta Cláusula, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

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

12.3 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos como básicos, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado **no item 12.2** será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos.

12.4 Não respeitado o prazo previsto **no item 12.2** desta Cláusula os valores devidos serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária conforme definido na “Cláusula 10 – ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DE VALORES” destas CONDIÇÕES GERAIS, aplicados a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento.

12.5 Serão admitidas, para fins de Indenização de Evento Coberto e de acordo com cada Cobertura contratada,

preferencialmente, as hipóteses de pagamento em dinheiro, no valor do Capital Segurado contratado ou sob a forma de reembolso, ou prestação de serviços, sem prejuízo de outras formas pactuadas entre as partes.

12.6 Para a hipótese de pagamento em dinheiro, a Indenização do Evento Coberto pelo seguro será feita por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou outros meios admitidos em lei.

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

12.8 O pagamento da Indenização poderá ser realizado sob a forma de parcela única ou em parcelas mensais. Nesta segunda hipótese, estará descrito nas CONDIÇÕES ESPECIAIS de cada Cobertura.

12.9 Os documentos básicos, necessários para liquidação de Sinistro, que deverão ser encaminhados à Seguradora, são os abaixo indicados. As cópias de documentos apresentados deverão ser autenticadas.

12.9.1 formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;

12.9.2 Termo de Autorização para Recebimento da Indenização através de crédito em conta.

12.9.2.1 cópia da carteira de identidade (RG), do CPF e do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s);

12.9.3 Em caso de ocorrência de MORTE ACIDENTAL:

12.9.3.1 cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

12.9.3.2 certidão de casamento, atualizada com a averbação do óbito do(a) Segurado(a);

12.9.3.3 cópia da carteira de identidade, do CPF e do comprovante de residência do Segurado;

12.9.3.4 declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida;

12.9.3.5 Declaração de Herdeiros, devidamente preenchida e assinada, com firma reconhecida, informando quantos e quais são os herdeiros legais deixados pelo Segurado(a);

12.9.3.6 em caso de Companheiro(a), além dos documentos indicados acima, providenciar cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda ou Declaração de duas testemunhas de que o Segurado vivia maritalmente, especificando data, e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório;

12.9.4 Em caso de ocorrência de evento por ACIDENTE PESSOAL, incluir os seguintes documentos:

12.9.4.1 cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos de acidente decorrente de Meio de Transporte, onde o Segurado era o condutor;

12.9.4.2 cópia do Laudo de Exame Cadavérico - Necroscópico (IML);

12.9.4.3 cópia do Laudo de Dosagem alcoólica e/ou Toxicológico;

12.9.4.4 cópia do Boletim de Ocorrência ou certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;

12.9.4.5 Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

12.10 No caso de divergências e dúvidas de natureza médicas relacionadas ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente na Apólice será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

12.11 O prazo de constituição da junta médica será de no máximo 15 (quinze) dias a contar da indicação do

membro nomeado pelo Segurado.

12.12 Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

Cláusula 13 – REINTEGRAÇÃO

13.1 O pagamento de qualquer Indenização decorrente das Coberturas deste Plano de Seguro significa o cancelamento imediato das mesmas, não havendo Reintegração do Capital Segurado ou renovação da Garantia, exceto se houver disposição contrária para cada Cobertura contratada nas disposições das CONDIÇÕES ESPECIAIS deste seguro.

Cláusula 14 – PERDA DE DIREITOS

14.1 Conforme o estabelecido no artigo 766 do Código Civil Brasileiro se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou na taxa do Prêmio, perderá o direito à Cobertura, além de ficar obrigado ao Prêmio vencido.

14.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade Seguradora poderá:

14.2.1 Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

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

14.2.2 Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

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

14.2.3 Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser Indenizado, a diferença de Prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de Prêmio cabível.

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

14.3.1 inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro; e

14.3.2 agravamento intencional do risco objeto do Contrato, conforme previsto no Código Civil Brasileiro.

14.4 Caso ocorra incidente suscetível de agravar o risco coberto, o Segurado, ou o seu representante legal, de imediato, deverá comunicar o fato, por escrito à Seguradora, sob pena de perder o direito à Garantia, se ficar comprovado que silenciou de má-fé, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro.

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

Cláusula 15 – BENEFICIÁRIOS

- 15.1 É facultado ao Segurado indicar livremente o(s) Beneficiário(s).
- 15.2 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do Beneficiário ou na falta de indicação expressa de Beneficiário, ou ainda se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão Beneficiários aqueles indicados por lei.
- 15.3 Na falta das pessoas indicadas pelo Segurado pela Lei, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 15.4 A(o) Companheira(o) será equiparada(o) à(ao) esposa(o), nos casos admitidos pela lei Civil, observando o disposto no artigo 793 do Código Civil Brasileiro.
- 15.5 É facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir o(s) seu(s) Beneficiário(s), mediante comunicação escrita à Seguradora, devidamente assinada e protocolada junto à Seguradora, observado o artigo 791 do Código Civil Brasileiro.
- 15.5.1 A Seguradora que não for cientificada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.
- 15.6 Qualquer mudança de Beneficiário(s), desde que respeitada a formalidade acima, entrará em vigor a partir da data em que for recebida pela Seguradora a comunicação, sob protocolo.

Cláusula 16 – CANCELAMENTO DO SEGURO E RESCISÃO CONTRATUAL

- 16.1 **Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará cancelado, independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização à parte infratora, caracterizando a cessação das garantias do Segurado, nas seguintes situações:**
- 16.1.1 **por falta de pagamento de parcela do prêmio por um período superior a 60 (sessenta) dias;**
 - 16.1.2 **automaticamente, com a morte do Segurado;**
 - 16.1.3 **pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais;**
 - 16.1.4 **se houver dolo, prática de fraude, consumada ou tentada, por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato.**
- 16.2 **O pagamento pelo Segurado(s) de qualquer valor à Seguradora após a data do cancelamento não implica a reabilitação do seguro, nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do(s) mesmo(s) a(s) importância(s) paga(s).**
- 16.3 **A Apólice não poderá ser cancelada durante a Vigência pela sociedade Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.**
- 16.4 **O Seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca.**
- 16.5 **No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.**

16.6 As Garantias de qualquer Segurado cessarão:

- 16.6.1 ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada;**
- 16.6.2 após a morte do Segurado;**
- 16.6.3 automaticamente, com o cancelamento da Apólice;**
- 16.6.4 com o esgotamento dos limites de Indenização;**
- 16.6.5 por solicitação escrita do Segurado, de que o mesmo não deseja continuar no seguro;**
- 16.6.6 quando o Segurado deixar de contribuir com sua parte do Prêmio.**

Cláusula 17 – FORO

17.1 As questões judiciais entre o Segurado ou Beneficiário e a Seguradora serão processadas no Foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

17.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de Foro diverso.

Cláusula 18 – ARBITRAGEM

18.1 Para dirimir qualquer dúvida ou questão resultante deste seguro, entre Segurado e Seguradora, é facultativa a adesão do Segurado à Cláusula Compromissória de Arbitragem, que deverá estar expressamente indicada na Proposta e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS/Especificação da Apólice.

18.2 Ao concordar com a aplicação desta cláusula, o Segurado estará se comprometendo a resolver todos seus litígios com a Seguradora por meio de Juízo Arbitral, cujas sentenças têm o mesmo efeito que as proferidas pelo Poder Judiciário.

18.2.1 A Cláusula Compromissória de Arbitragem é regida pela Lei nº 9.307, de 23 de Setembro de 1996.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURAS DO SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL – Versão 5.0

AUXÍLIO FUNERAL

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do Prêmio correspondente e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao(s) Beneficiário(s) do Segurado, o reembolso de valores comprovadamente gastos com Despesas Fixas de Funeral do Segurado, desde que a morte acidental do Segurado tenha sido reconhecida como Evento Coberto por este Seguro e observados os limites estabelecidos na Apólice e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

Cláusula 2 – DEFINIÇÕES

Além das definições constantes das CONDIÇÕES GERAIS, entender-se-á por:

Auxílio Funeral: Reembolso de despesas fixas e comprovadas relacionadas à realização de funeral do Segurado pagas pelo(s) Beneficiário(s) do Segurado.

Despesas Fixas de Funeral: São os valores comprovadamente gastos como funeral do Segurado, relativos, EXCLUSIVAMENTE, às seguintes despesas: a) gastos de traslado e remoção do corpo do Segurado, exclusivamente, **dentro do território nacional**; b) aquisição de urna/caixão; c) contratação de carretos; d) registro de óbito em cartório; e) locação de jazigo por período de até 3 (três) anos a contar da data do sepultamento; f) cremação, exclusivamente, quando existir no município de moradia habitual do Segurado; g) paramentos, entendidos como castiçais, velas e aparelhos de ozona; h) mesa de condolências, entendida como mesa para livro de presenças; i) velório, entendido como locação de sala ou capela para tal; j) serviços de ornamentação, entendidos como véu, enfeite floral e uma coroa de flores.

Cláusula 3 – ÂMBITO GEOGRÁFICO

Ao contrário do disposto nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro, para esta Cobertura de Auxílio Funeral o âmbito territorial é o território brasileiro.

Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devido à ocorrência do sinistro, respeitando os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.
- 4.2. Considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos Sinistros, a data do acidente que ocasionou a morte acidental do Segurado.

Cláusula 5 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

5.1. O pagamento do reembolso das despesas e serviços devidos dar-se-á em até 30 (trinta) dias da apresentação dos comprovantes originais de pagamento das Despesas Fixas de Funeral desta Cobertura.

5.2. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura também serão considerados como documentos básicos a serem apresentados pelo Beneficiário para a Indenização, conforme o caso, os comprovantes originais das Despesas Fixas com Funeral previstas nesta Cobertura.

5.3. **O reembolso de valores a título de Auxílio Funeral poderá ser feito a terceiros, quando as despesas forem devidamente comprovadas e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo pagamento, por conta e ordem do(s) Beneficiário(s).**

Cláusula 6 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

A Indenização para esta Cobertura será paga independente de outras Garantias.

Cláusula 7 – OUTROS SEGUROS

7.1. Por se tratar de reembolso de despesas, existindo mais de uma Apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo as despesas previstas nesta Garantia, a Indenização obedecerá aos seguintes critérios:

7.1.1 quando o total das despesas devidas for superior à soma dos Capitais Segurados das Apólices: a Indenização será igual ao valor do Capital estabelecido para esta Cobertura.

7.1.2 quando o total das despesas devidas for inferior à soma dos Capitais Segurados das Apólices: a Indenização será igual ao resultado da aplicação do Capital estabelecido para esta Cobertura multiplicado pelo total das despesas contratadas e cobertas acima, e dividido pela soma dos Capitais Segurados de todas as Apólices.

Cláusula 8 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

CESTA BÁSICA

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do Prêmio correspondente e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir aos Beneficiários do Segurado o pagamento de uma Indenização em uma ou mais parcelas para aquisição de cestas básicas, desde que a morte acidental do Segurado tenha sido reconhecida como Evento Coberto por este Seguro e observados os limites estabelecidos na Apólice e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.2. **O pagamento das parcelas para aquisição das cestas básicas será feito sob a forma mensal e no número de parcelas estipulado na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS, limitado a 12 parcelas.**

Cláusula 2 – CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

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

Cláusula 3 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

A Indenização para esta Cobertura será paga independente de outras Garantias.

Cláusula 4 – BENEFICIÁRIO

Em caso de morte do Beneficiário que esteja recebendo as parcelas para aquisição das cestas básicas antes do fim do período estabelecido para o recebimento, as parcelas restantes serão pagas ao novo Beneficiário, conforme a ordem estabelecida na Apólice ou nas CONDIÇÕES GERAIS.

Cláusula 5 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE CÔNJUGE

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do Prêmio correspondente e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao Segurado, o pagamento de Indenização caso venha a ocorrer a morte acidental de seu cônjuge, desde que esta morte tenha sido reconhecida como Evento Coberto por este Seguro e observados os limites estabelecidos na Apólice e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.1.1. Caso tenha sido contratada, para o Cônjuge, Coberturas adicionais de invalidez permanente, e ocorrendo o Evento Coberto pelo Seguro, o Capital Segurado será pago ao próprio Cônjuge indicado na Apólice.

Cláusula 2 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)

2.1. Será garantido o pagamento do Capital Segurado efetivamente contratado desta Cobertura, conforme determinado na Proposta e ratificado na especificação da Apólice.

2.2. É admitida a contratação das seguintes Coberturas previstas para o Segurado Principal de forma extensível ao cônjuge, observadas as CONDIÇÕES CONTRATUAIS e os limites estabelecidos na Apólice:

2.2.1. Morte Acidental;

2.2.2. Invalidez Permanente Total;

2.2.3. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

2.3. **Não podem participar como Segurados sob esta CONDIÇÃO ESPECIAL os Cônjuges ou Companheiras(os) do Segurado Principal, que façam parte do Grupo Segurado na condição de Segurados Principais, nem os Cônjuges ou Companheiras (os) separados de fato dos Segurados.**

2.4. **As Coberturas deste Seguro somente poderão ser admitidas para a contratação para o Cônjuge se o Segurado as contratar, observados, em todos os casos, que o Seguro sob esta Garantia Suplementar está sujeito às mesmas disposições previstas para o Seguro contratado para o Segurado Principal.**

Cláusula 3 – CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro coberto, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nos Documentos Contratuais.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos Sinistros, a data do Evento Coberto.

3.3. **O Capital Segurado sob esta Cobertura Suplementar está limitado a 100% do Capital Segurado estabelecido para cada Cobertura do Segurado Principal.**

Cláusula 4 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, quando contratadas pelo Cônjuge, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, caso ocorra a morte do Cônjuge EM CONSEQUÊNCIA DO

MESMO ACIDENTE, a Seguradora pagará a Indenização devida pelo caso de Evento Coberto de Morte Acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

Cláusula 5 – CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

5.1. ALÉM DAS PREVISÕES CONTIDAS NAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO AS GARANTIAS EFETIVAMENTE CONTRATADAS POR ESTA CONDIÇÃO ESPECIAL CESSARÃO QUANDO OCORRER:

- 5.1.1. Automaticamente, com a morte do Cônjuge Dependente Segurado por esta CONDIÇÃO ESPECIAL;**
- 5.1.2. Morte do Segurado Principal, ou com o pagamento de Indenização por invalidez total e permanente do mesmo;**
- 5.1.3. a interrupção da condição de dependente do cônjuge segurado ainda que este fato não tenha sido previamente comunicado à Seguradora e independente de eventuais prêmios pagos.**

Cláusula 6 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE FILHO(S)

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do Prêmio correspondente e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao Segurado, o pagamento de Indenização caso venha a ocorrer a morte acidental do(s) filho(s), ou Dependente(s) equiparado(s) a filho(s), desde que esta morte tenha sido reconhecida como Evento Coberto por este Seguro e observados os limites estabelecidos na Apólice e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.2. **Será(ão) considerado(s) Filho(s), para fins de inclusão nesta CONDIÇÃO ESPECIAL, filho(s) até 21 anos de idade ou 24 anos, se universitário(a), conforme legislação vigente no Imposto de Renda.**

1.3. **Para efeito da presente CONDIÇÃO ESPECIAL equiparam-se aos filhos os enteados, considerados Dependentes econômicos do Segurado Principal, desde que tenham idade até 21 anos ou até 24 anos, se universitário(a), conforme legislação vigente no Imposto de Renda.**

Cláusula 2 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)

2.1. Ao(s) Filho(s) somente poderão ser concedidas as Cobertura de Morte Acidental, desde que a mesma tenha sido contratada pelo Segurado Principal, observadas as CONDIÇÕES CONTRATUAIS e os limites estabelecidos na Apólice.

2.2. **Poderão fazer parte deste Seguro todos os Filhos que tiverem suas inclusões expressamente solicitadas pelo Proponente/Segurado e aceitas pela Seguradora, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.**

2.3. **Quando ambos os Cônjuges forem componentes do Grupo Segurado, o(s) filho(s) será(ão) incluído(s) uma única vez, como Dependente daquele de maior Capital Segurado.**

Cláusula 3 – CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro coberto, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nos Documentos Contratuais.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos Sinistros, a data da morte do filho Dependente.

3.3. **O Capital Segurado sob esta Cobertura Suplementar está limitado a 100% do Capital Segurado estabelecido para o Segurado Principal.**

Cláusula 4 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

A Indenização para esta Cobertura será paga independente de outras Garantias. **Não haverá acúmulo de indenizações para esta Cobertura.**

Cláusula 5 – CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

5.2. ALÉM DAS PREVISÕES CONTIDAS NAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO AS GARANTIAS EFETIVAMENTE CONTRATADAS POR ESTA CONDIÇÃO ESPECIAL CESSARÃO QUANDO OCORRER:

- 5.2.1. automaticamente, com a morte do filho Dependente do Segurado por esta CONDIÇÃO ESPECIAL;
- 5.2.2. morte do Segurado Principal, ou com o pagamento de Indenização por invalidez total e permanente do mesmo;
- 5.2.3. perda da condição de Dependente, pela legislação do imposto de renda e/ou previdência social, fato este que o Segurado deve comunicar de imediato.

Cláusula 6 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL (DMHO)

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do Prêmio correspondente e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao Segurado, o reembolso de valores comprovadamente gastos com despesas médicas, odontológicas e de diárias hospitalares, ocorridas em decorrência de um Acidente Pessoal, desde que não se trate de risco expressamente excluído, observados os limites estabelecidos na Apólice e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.
- 1.2. Como tratamento considera-se inclusive a internação hospitalar, a critério do médico assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, tomografia computadorizada, medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia e laboratório.
- 1.3. O reembolso de despesas com dentistas abrange **EXCLUSIVAMENTE** a restauração e/ou colocação de prótese em substituição a dentes naturais danificados, parciais ou totalmente, em acidente coberto e sofrido pelo Segurado.
- 1.4. **Faculta-se ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e/ou odontológicos, desde que legalmente habilitados.**
- 1.5. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e/ou odontológicos.

Cláusula 2 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **SALVO SE EXPRESSAMENTE INCLUÍDOS NA ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE, ALÉM DAS EXCLUSÕES CONTIDAS NAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO, A SEGURADORA NÃO GARANTE O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO PARA AS DESPESAS DECORRENTES DE:**
- 2.1.1. estados de convalescença (após a alta médica) e de dietas especiais, bem como quaisquer despesas de acompanhantes;
- 2.1.2. aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente pessoal coberto
- 2.2. **A SEGURADORA NÃO GARANTE O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO PARA DESPESAS ODONTOLÓGICAS DISTINTAS DA RESTAURAÇÃO E/OU A COLOCAÇÃO DE PRÓTESE EM SUBSTITUIÇÃO A DENTES NATURAIS DANIFICADOS EM ACIDENTE PESSOAL COBERTO E SOFRIDO PELO SEGURADO.**

Cláusula 3 – CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nos Documentos Contratuais.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos Sinistros, a data do Acidente Pessoal coberto.

Cláusula 4 – FRANQUIAS

Esta Cobertura está sujeita à aplicação de Franquia. Os critérios e valores serão estabelecidos na Apólice e nos Documentos Contratuais.

Cláusula 5 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

5.1. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura, o Segurado deverá comprovar as despesas médico-hospitalares e odontológicas, mediante a apresentação dos recibos originais, bem como relatório detalhado do profissional habilitado e as contas dos locais onde se deu o atendimento médico e/ou odontológico.

5.2. O reembolso das Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) poderá ser feito a terceiros, quando as despesas forem devidamente comprovadas, feitas em favor do Segurado, e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo pagamento, por conta e ordem do Segurado.

5.3. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites estabelecidos na Cobertura, atualizados segundo os critérios estabelecidos nas CONDIÇÕES GERAIS deste seguro.

Cláusula 6 – OUTROS SEGUROS

6.1. Por se tratar de reembolso de despesas, existindo mais de uma Apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo as despesas previstas nesta Garantia, a Indenização obedecerá aos seguintes critérios:

- 6.1.1. quando o total das despesas devidas for superior à soma dos Capitais Segurados das Apólices: a Indenização será igual ao valor do Capital estabelecido para esta Cobertura em cada uma das Apólices.
- 6.1.2. quando o total das despesas devidas for inferior à soma dos Capitais Segurados das Apólices: a Indenização será igual ao resultado da aplicação do Capital estabelecido para esta Cobertura multiplicado pelo total das despesas contratadas e cobertas acima, e dividido pela soma dos Capitais Segurados de todas as Apólices.

Cláusula 7 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

A Indenização para esta Cobertura será paga independente de outras Garantias.

Cláusula 8 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL (DITA)

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do Prêmio correspondente e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, o pagamento de diárias ao Segurado, **exclusivamente para profissional liberal ou autônomo**, que, em decorrência de um Acidente Pessoal coberto, mantenha-se afastado de sua principal atividade profissional por um período superior ao da Franquia estipulada devido a uma impossibilidade contínua e ininterrupta de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observados os limites estabelecidos na Apólice e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

Cláusula 2 – DEFINIÇÕES

Além das definições constantes das CONDIÇÕES GERAIS, entender-se-á por:

Profissional Liberal ou Autônomo: para os fins desta Cobertura, considera-se como profissional liberal ou autônomo aquele que contribui com a previdência social (INSS) e recebe pagamentos por prestação de serviços, sem qualquer vínculo empregatício, sendo esta a sua forma principal de percepção de seus rendimentos.

Cláusula 3 – ÂMBITO GEOGRÁFICO

Ao contrário do disposto nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro, para esta Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) o âmbito territorial será para casos de acidentes ocorridos no Brasil e durante a permanência do Segurado no território brasileiro.

Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos Sinistros, a data do afastamento consignado no laudo médico.

Cláusula 5 – FRANQUIAS

Esta Cobertura está sujeita à aplicação de Franquia. Os critérios e valores serão estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS. A partir do primeiro dia após o término do prazo acordado como franquia, os pagamentos serão devidos e ficam limitados, por evento, até o prazo máximo determinado no Contrato.

Cláusula 6 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura também serão considerados como documentos básicos a serem apresentados pelo Segurado ou seu Beneficiário para a Indenização:

- 6.1.1. comprovação de exercício de atividade profissional; e
 - 6.1.2. cópia autenticada do recolhimento de ISS ou ICMS; ou
 - 6.1.3. cópia autenticada do último imposto de renda ou cópia autenticada do carnê leão.
- 6.2. O valor de cada diária bem como o número de diárias contratadas sob estas CONDIÇÕES ESPECIAIS será estabelecido na Proposta e ratificado na respectiva Apólice.
- 6.3. **Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, e estabelecida na Apólice. Este limite não ultrapassará 365 diárias.**
- 6.4. **A Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º(décimo sexto) dia do acidente, caracterizando a incapacidade, até o dia da sua volta à atividade laborativa, respeitando os limites estabelecidos desta Cobertura.**
- 6.5. **As diárias serão pagas ao Segurado à medida que se tornem devidas, a cada 30 (trinta) dias.**
- 6.6. **O afastamento somente será reconhecido quando determinado por um médico devidamente habilitado e comprovado posteriormente através do envio dos exames complementares.**
- 6.7. **No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento indenizável, a Indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou sobreposição de Indenização.**

Cláusula 7 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

A Indenização para esta Cobertura será paga independente de outras Garantias.

Cláusula 8 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL (DIHA)

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do Prêmio correspondente e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao Segurado, o pagamento de um valor diário fixo, pagável por dia de hospitalização do Segurado em uma instituição hospitalar, desde que a hospitalização seja decorrente de Acidente Pessoal, devidamente especificada e caracterizada nesta Cobertura e reconhecida como Evento Coberto por este Seguro, observados os limites estabelecidos na Apólice e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.2. Faculta-se ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares, desde que legalmente habilitados.

1.3. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares.

Cláusula 2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. SALVO SE EXPRESSAMENTE INCLUÍDOS NA ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE, ALÉM DAS EXCLUSÕES CONTIDAS NAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO, A SEGURADORA NÃO GARANTE O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO PARA OS EVENTOS SEGUINTE:

- 2.1.1.** hospitalização decorrente de doença;
- 2.1.2.** hospitalização quando o Segurado não estiver sob cuidados de médico legalmente habilitado;
- 2.1.3.** procedimentos odontológicos;
- 2.1.4.** tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;
- 2.1.5.** tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- 2.1.6.** cirurgias estéticas.

2.2. SÃO EXCLUÍDAS DESTA COBERTURA AS INTERNAÇÕES EM INSTITUIÇÕES RELACIONADAS A SEGUIR:

- 2.2.1.** instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital;
- 2.2.2.** local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;
- 2.2.3.** clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas; e
- 2.2.4.** instituições de saúde hidroterápica ou clínicas de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitados; clínicas de emagrecimento ou SPA.

Cláusula 3 – CAPITAL SEGURO

3.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

3.2. O valor do Capital Segurado será estabelecido sob forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo Segurado. O valor de cada diária e os limites serão estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

3.3. Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma instituição hospitalar pelo período mínimo de 12(doze) horas, comprovada a utilização de pelo menos 01 (uma) diária hospitalar pelo Segurado.

3.4. O benefício máximo pagável sob este seguro é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por internação, sendo que, na reinternação, as diárias serão cumulativas para este efeito.

3.4.1. 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 Indenização por esta Cobertura.

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

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

Cláusula 4 – FRANQUIAS

Esta Cobertura está sujeita à aplicação de Franquia . Os critérios e valores serão estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

Cláusula 5 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

5.1. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura também serão considerados como documentos básicos a serem apresentados pelo Segurado ou seu Beneficiário para a Indenização:

- 5.1.1. documento que comprove a hospitalização do Segurado (declaração do hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;
- 5.1.2. no caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.

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

Cláusula 6 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

A Indenização para esta Cobertura será paga independente de outras Garantias.

Cláusula 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE PESSOAL (IPA)

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1 Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do Prêmio correspondente e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao Segurado ou ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, por lesão física, desde que ocorrida exclusivamente em consequência de Acidente Pessoal do Segurado, caracterizado como Evento Coberto, observados os limites estabelecidos na Apólice e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.2 A Invalidez Permanente Total do Segurado, objeto desta Cobertura, deve ser decorrente de lesões insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação e consignada por laudo médico, observadas as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

Cláusula 2 – DEFINIÇÕES

Além das definições constantes das CONDIÇÕES GERAIS, entender-se-á por:

Alienação Mental: distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

Deficiência Visual: perda ou redução de capacidade visual em ambos os olhos em caráter definitivo, que não possa ser melhorada ou corrigida com uso de lentes, tratamento clínico ou cirúrgico.

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão especificado e determinado nesta CONDIÇÃO ESPECIAL, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal.

Cláusula 3 – RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **SALVO SE EXPRESSAMENTE INCLUÍDOS NA ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE, ALÉM DAS EXCLUSÕES CONTIDAS NAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES SEGUROS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE OS EVENTOS OCORRIDOS EM DECORRÊNCIA DE:**

- 3.1.1. acidentes médicos do tipo: apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose ou outros similares.
- 3.1.2. 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 ferimentos visíveis causados por acidentes;
- 3.1.3. acidentes com tratamento ou exames clínicos, cirúrgicos, medicamentos, por meio de agentes físicos, raios-X, radium ou outros – quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por acidente coberto;
- 3.1.4. acidente(s) ocorrido(s) em data anterior ao Início de Vigência de cada Seguro Individual.

3.2. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à Indenização por invalidez permanente.

Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro coberto, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nos Documentos Contratuais.

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

Cláusula 5 – CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

5.1. Na hipótese da inclusão expressa desta Cobertura na Apólice e ocorrência de um Evento Coberto o cálculo da Indenização será realizado segundo os critérios expressos nesta Cláusula, observados os limites estabelecidos na Apólice e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

5.2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE:

5.2.1. 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 pagará ao Segurado uma Indenização, de acordo com os percentuais abaixo.

5.2.1.1. Em caso de INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL:

DESCRIÇÃO	INDENIZAÇÃO
da visão de ambos os olhos	100% da Importância Segurada
do uso de ambos os membros superiores	100% da Importância Segurada
do uso de ambos os membros inferiores	100% da Importância Segurada
do uso das mãos	100% da Importância Segurada
do uso de um membro superior e um membro inferior	100% da Importância Segurada
do uso de uma das mãos e um dos pés	100% da Importância Segurada
do uso de ambos os pés	100% da Importância Segurada
Alienação Mental total e incurável	100% da Importância Segurada

5.2.1.2. Em caso de INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL (DIVERSAS):

DESCRIÇÃO	INDENIZAÇÃO
Perda total da visão de um olho	30% da Importância Segurada
Perda total da visão de 1 olho, quando o Segurado já não tiver outra vista	70% da Importância Segurada
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40% da Importância Segurada
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20% da Importância Segurada
Mudez incurável	50% da Importância Segurada
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20% da Importância Segurada
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20% da Importância Segurada
Imobilidade do segmento toracolumbosacro da coluna vertebral	25% da Importância Segurada

5.2.1.3. Em caso de INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL DOS MEMBROS SUPERIORES:

DESCRIÇÃO	INDENIZAÇÃO
Perda Total de um dos membros superiores	70% da Importância Segurada
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	60% da Importância Segurada

Fratura não consolidada de um dos úmeros	50% da Importância Segurada
Fratura não consolidada de um dos segmentos radioulnares	30% da Importância Segurada
Anquilose total de um dos ombros	25% da Importância Segurada
Anquilose total de um dos cotovelos	25% da Importância Segurada
Anquilose total de um dos punhos	20% da Importância Segurada
Perda total do uso de um dos polegares inclusive o metacarpiano	25% da Importância Segurada
Perda total do uso de um dos polegares exclusive o metacarpiano	18% da Importância Segurada
Perda total do uso da falange distal do polegar	09% da Importância Segurada
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15% da Importância Segurada
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12% da Importância Segurada
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09% da Importância Segurada
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	1/3 do valor do dedo respectivo

5.2.1.4. Em caso de INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES:

DESCRIÇÃO	INDENIZAÇÃO
Perda total de um dos membros inferiores	70% da Importância Segurada
Perda total do uso de um dos pés	50% da Importância Segurada
Fratura não consolidada de um fêmur	50% da Importância Segurada
Fratura não consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros	25% da Importância Segurada
Fratura não consolidada da rótula	20% da Importância Segurada
Fratura não consolidada de um pé	20% da Importância Segurada
Anquilose total de um dos joelhos	20% da Importância Segurada
Anquilose total de um dos tornozelos	20% da Importância Segurada
Anquilose total de um quadril	20% da Importância Segurada
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25% da Importância Segurada
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10% da Importância Segurada
Amputação de qualquer outro dedo	03% da Importância Segurada
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.

5.2.1.5. ENCURTAMENTO DE UM DOS MEMBROS INFERIORES:

DESCRIÇÃO	INDENIZAÇÃO
De 5 (cinco) centímetros ou mais	15% da Importância Segurada
De 4 (quatro) centímetros	10% da Importância Segurada
De 3 (três) centímetros	06% da Importância Segurada
De menos de 3 (três) centímetros	Sem Indenização

5.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem do grau de redução prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

5.4. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a Indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25% respectivamente.

5.5. Nos casos não especificados no plano, a Indenização é estabelecida tomando-se por base a

diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

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

5.7. Para efeito de Indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, será deduzida do grau de invalidez definitiva.

5.8. A invalidez permanente prevista nesta **CONDIÇÃO ESPECIAL** deve ser comprovada através de declaração médica, subscrita por profissional médico devidamente habilitado na sua especialização.

5.9. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do Sinistro.

5.10. O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

5.11. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

5.12. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

Cláusula 6 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. Ao contrário do estabelecido nas **CONDIÇÕES GERAIS** deste Seguro após ser paga a Indenização pelo Evento Coberto, referente à Invalidez Parcial, haverá Reintegração do Capital Segurado.

6.2. No caso de invalidez parcial, a Reintegração do Capital Segurado contratado para esta Cobertura se dá de forma automática após cada Acidente Pessoal, ou seja, mediante cobrança de Prêmio adicional.

6.3. Ocorrendo o pagamento total do Capital Segurado previsto para esta Cobertura, ficará automaticamente cancelada esta **CONDIÇÃO ESPECIAL**.

Cláusula 7 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, caso ocorra a morte do Segurado **EM CONSEQUÊNCIA DO MESMO ACIDENTE**, a Seguradora pagará a Indenização devida pelo caso de Evento Coberto de Morte Acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

Cláusula 8 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das **CONDIÇÕES GERAIS** deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes **CONDIÇÕES ESPECIAIS**.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE PESSOAL (IPTA)

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do Prêmio correspondente e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao Segurado ou Beneficiário o pagamento de uma Indenização de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de sua invalidez permanente total por acidente, caracterizado como Evento Coberto, observados os limites estabelecidos na Apólice e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.2. **A Invalidez Permanente Total do Segurado, objeto desta Cobertura, deve ser insuscetível de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, e ser comprovada por laudo médico, observadas as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.**

Cláusula 2 – RISCOS COBERTOS

Desde que efetivamente contratada esta Cobertura, conforme determinado na Proposta e ratificado na especificação da Apólice, será considerado como risco coberto, para efeito deste seguro, a Invalidez permanente total por acidente entendida como a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão, constante desta CONDIÇÃO ESPECIAL, em virtude de lesão física, causada por Acidente Pessoal caracterizado como Evento Coberto., na Vigência da Apólice e/ou Individual.

Cláusula 3 – CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro coberto, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nos Documentos Contratuais.

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

Cláusula 4 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

4.1. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura, o Segurado ou Beneficiário deverá apresentar também os seguintes documentos:

- 4.1.1. cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- 4.1.2. radiografias do Segurado (quando houver);
- 4.1.3. guia de internação hospitalar (quando houver);
- 4.1.4. cópia Comunicação Acidente de Trabalho (CAT) nos casos de Acidente de Trabalho;
- 4.1.5. atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente, e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do Aviso de Sinistro.
- 4.1.6. **Em caso de Sinistro em decorrência de Alienação Mental, total e incurável, deverá ser apresentado o termo de interdição judicial do Segurado, de forma a permitir o pagamento da Indenização ao curador.**

4.2. **A invalidez permanente prevista nesta CONDIÇÃO ESPECIAL deve ser comprovada através de**

declaração médica, subscrita por profissional médico devidamente habilitado na sua especialização

4.3. Não será paga Indenização com base em diagnóstico feito por membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente de ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

Cláusula 5 – CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

5.1. Na hipótese da inclusão expressa desta Cobertura na Apólice e ocorrência de um Evento Coberto o cálculo da Indenização será realizado segundo os critérios expressos nesta Cláusula, observados os limites estabelecidos na Apólice e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

5.2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL:

5.2.1. 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 pagará ao Segurado uma Indenização, de acordo com os percentuais a seguir:

DESCRIÇÃO	INDENIZAÇÃO % IMPORTÂNCIA SEGURADA
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 um dos pés	100%
Perda total do uso de ambos os pés	100%
Alienação mental total e incurável	100%

5.3. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à Indenização por invalidez permanente total.

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

5.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização total não pode exceder a 100% (cem por cento).

Cláusula 6 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

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

Cláusula 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

MORTE ACIDENTAL

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do Prêmio correspondente, garantir ao(s) Beneficiário(s) do Segurado, o pagamento de uma Indenização em caso de morte do Segurado em consequência de acidente pessoal ocorrido durante o período de Vigência desta Cobertura, reconhecida como Evento Coberto por este Seguro e observados os limites estabelecidos na Apólice e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

Cláusula 2 – CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

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

Cláusula 3 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

3.1. **As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente, quando contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por Invalidez Permanente acaso ocorra a morte do Segurado EM CONSEQUÊNCIA DO MESMO ACIDENTE, a Seguradora pagará a Indenização devida pelo caso de Morte Acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente.**

Cláusula 4 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.

DOENÇAS GRAVES

Cláusula 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Esta Cobertura objetiva, mediante o pagamento do Prêmio correspondente e expressa inclusão desta CONDIÇÃO ESPECIAL na Apólice, garantir ao Segurado, o pagamento de Indenização em decorrência de diagnóstico de doença devidamente especificada e caracterizada nesta Cobertura, desde que a doença tenha sido reconhecida como Evento Coberto por este Seguro e observados os limites estabelecidos na Apólice e as demais CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

1.2. **A Cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a Vigência do seguro, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.**

Cláusula 2 – DEFINIÇÕES

Além das definições constantes das CONDIÇÕES GERAIS, entender-se-á por:

Acidente Vascular Cerebral (AVC): isquemia cerebral (diminuição e/ou interrupção do fluxo sanguíneo nas áreas a serem irrigadas do tecido cerebral) ou hemorragia intracraniana, resultante de problemas vasculares que produza destruição do tecido cerebral e sequela neurológica definitiva.

Ataque Isquêmico transitório (AIT): é uma condição neurológica súbita, de curta duração também chamado de mini-acidente vascular cerebral e é causado por um pequeno bloqueio, temporário em um vaso sanguíneo no cérebro. Na maioria dos casos os sintomas duram menos de uma hora, mas pode durar até 24 horas. Os sintomas mais comuns incluem a perda de visão, fala arrastada e fraqueza dos músculos da face, do braço ou das pernas.

Doenças Cardiológicas: são doenças do coração, incidentes nos músculos, nas artérias e nas válvulas deste órgão.

Doença Neoplásica Maligna (câncer ou tumor maligno): é o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas no corpo humano, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (Metástases).

Transplante de órgão vital: é a transferência do órgão vital de um indivíduo vivo ou morto ou uso de prótese artificial em decorrência da perda irreversível de sua função.

Cláusula 3 – COBERTURAS (RISCOS COBERTOS)

3.1. Será garantido o pagamento do Capital Segurado efetivamente contratado desta Cobertura, conforme determinado na Proposta de Adesão e ratificado na especificação da Apólice, em caso, exclusivamente, das doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e sejam aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas especializadas.

3.2. **SOMENTE HAVERÁ COBERTURA PARA A PRIMEIRA DOENÇA DIAGNOSTICADA OU CIRURGIA**

REALIZADA, DESDE QUE COMUNICADOS À SEGURADORA, NÃO HAVENDO, EM HIPÓTESE ALGUMA ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES, MESMO QUE NÃO HAJA CORRELAÇÃO ENTRE ELAS.

3.3. **Após o pagamento da Indenização, a Garantia de que trata esta CONDIÇÃO ESPECIAL fica automaticamente cancelada.**

3.4. São doenças passíveis de Indenização por esta Cobertura:

3.4.1. **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** Estão cobertos os Segurados que sofreram AVC. **A avaliação deverá ser realizada por médico especialista em neurologia, comprovado com exames complementares de imagem (Tomografias, Ressonância Magnética, Angiorressonância ou Doppler de Carótidas).**

3.4.1.1 **NÃO SE ENQUADRA, EM HIPÓTESE ALGUMA, COMO RISCO COBERTO, O ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO (AIT).**

3.4.2. **Doença Neoplásica Maligna (Câncer ou Tumor maligno):** Estão cobertos os portadores de **Neoplasia Maligna com Metástases à distância, devidamente comprovada através de exames complementares especializados.** Estarão cobertos, também, os tumores malignos cerebrais, de fígado, leucemias agudas (mieloide e linfóide) e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos com pulmão, fígado e medula óssea.

3.4.3. **Doenças Cardiológicas:** Estão cobertas as doenças cardiológicas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças valvulares, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia a céu aberto.

3.4.4. **Transplante de Órgãos Vitais:** Estará coberto o Segurado que necessitar do transplante caracterizado pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo, **mediante indicação do médico especialista na patologia e de exames específicos:**

3.4.4.1. Coração

3.4.4.2. Fígado

3.4.4.3. Medula óssea

3.4.4.4. Pâncreas

3.4.4.5. Pulmão

3.4.4.6. Rim.

Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, respeitados os limites estabelecidos na Apólice e nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos Sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

4.3. **O pagamento de qualquer Indenização decorrente de uma da Cobertura das doenças graves relacionadas, significa o cancelamento imediato desta Cobertura Especial, não havendo Reintegração do Capital Segurado ou renovação da mesma Cobertura.**

Cláusula 5 – CARÊNCIAS

- 5.1. Será adotado um período de Carência de 3 (dois) meses, contados a partir do início de Vigência do Seguro individual.
- 5.2. O pagamento antecipado de Prêmio não elimina a Carência estabelecida para o Seguro.

Cláusula 6 – REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

Para esta Cobertura serão utilizados os seguintes percentuais de aumento de Prêmio de acordo com a faixa etária que o segurado se encontra, na data do seu aniversário:

FAIXAS ETÁRIAS	PERCENTUAL DE AUMENTO
10 A 19	-
20 A 29	3%
30 A 39	29%
40 A 49	77%
50 A 59	80%
60 A 69	62%
70 ou mais	36%

Cláusula 7 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1. Além dos documentos básicos necessários para a Indenização em caso de Sinistro coberto relacionados nas CONDIÇÕES GERAIS deste Plano de Seguro, sempre que constar expressamente nos Documentos Contratuais a contratação desta Cobertura também serão considerados como documentos básicos a serem apresentados pelo Beneficiário para a Indenização:
- 7.1.1. Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e **assinado pelo médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida;**
- 7.1.2. Laudo ou declaração médica atestando a doença, **preenchido e assinado pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM),** e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença.
- 7.2. **Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.**
- 7.3. **Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do Sinistro.**
- 7.4. **O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.**

7.5. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

7.6. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

Cláusula 8 – ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

Não haverá acúmulo ou sobreposição das doenças relacionadas nesta CONDIÇÃO ESPECIAL. A Indenização, de para esta Cobertura será paga independente de outras Garantias previstas nas CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

Cláusula 9 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes CONDIÇÕES ESPECIAIS.