



**SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO
POR PRAZO CERTO**

CONDIÇÕES GERAIS
Processo SUSEP nº. 15414.000149/2009-41

Sumário

1. OBJETIVO DO SEGURO	4
2. DEFINIÇÕES	4
3. GARANTIAS DO SEGURO	9
4. RISCOS EXCLUÍDOS	10
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	11
6. CARÊNCIAS	11
7. GRUPO SEGURÁVEL	11
8. ACEITAÇÃO DO SEGURO	11
9. VIGÊNCIA DA APOLICE, DA COBERTURA INDIVIDUAL E RENOVAÇÃO DO SEGURO	12
10. CAPITAL SEGURADO	13
11. PAGAMENTO DO PRÊMIO	13
12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	14
13. PRAZO DE TOLERÂNCIA	14
14. PERDA DE DIREITO	15
15. CANCELAMENTO DE APÓLICE	15
16. OBRIGAÇÕES	16
17. REGULAÇÃO DE SINISTROS	18
18. BENEFICIÁRIOS	20
19. REGIME FINANCEIRO	20
20. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	20
21. SUB-ROGAÇÃO	20
22. RATIFICAÇÃO	20
23. FORO	20
24. DISPOSIÇÕES GERAIS	20
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	22
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	25
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR	

ACIDENTE (IPA)	28
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)	33
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT-ACID)	36
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE ACIDENTAL (GDD-MA)	38
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL (RDF)	30
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL (AUXF)	32
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA DE ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (GASSF)	33
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR INVALIDEZ ACIDENTAL (GDD-IPA)	35
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE (GDD-ACID)	37
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE TRASLADO DE CORPO EM CASO DE MORTE ACIDENTAL (TC)	38
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IAC)	41
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IAF)	43
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE PAIS (IAP)	45

1. OBJETIVO DO SEGURO

Garantir o pagamento de uma indenização, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, desde que respeitadas as Condições Contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal

Acidente Pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta à morte, ou a Invalidez Permanente por Acidente do Segurado, ou que tome necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se neste conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento accidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se deste conceito:

- b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como as Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “Invalidez Acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no subitem 2.1.

2.2. Apólice de Seguro

Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da Garantia solicitada pelo Estipulante.

2.3. Aviso de Sinistro

É a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que tenha o seu conhecimento.

2.4. Âmbito Geográfico de Cobertura

É a delimitação física da(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Segurado.

2.5. Beneficiário

É a pessoa física ou jurídica designada a receber os valores dos Capitais Segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.6. Boa-Fé

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

2.7. Cancelamento

É a extinção do Contrato de Seguro antes do término de sua vigência.

2.8. Capital Segurado

É o valor máximo para a Garantia contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto, vigente na data do evento, pelas Condições Contratuais.

2.9. Carência

É o período contínuo de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado não terá direito à garantia contratual, sendo inexistente em caso de acidente pessoal.

2.10. Certificado Individual

É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do Seguro ou da alteração de valores de Capital Segurado ou do Prêmio.

2.11. Coberturas do Risco

São as coberturas do Seguro de Pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada. Denominadas nestas Condições Gerais.

2.12. Condições Contratuais

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

2.13. Condições Gerais

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

2.14. Condições Especiais

Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

2.15. Contrato

Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da

contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

2.16. Corretor de Seguros

É a pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e a promover Contratos de Seguro.

2.17. Declaração Pessoal de Saúde e Atividades

É o questionário integrante da Proposta de Adesão, que deverá ser respondido pelo Proponente, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado.

2.18. Diária Segurada

É a importância a ser paga ao Segurado em função do valor estabelecido para a garantia.

2.19. Doença

É a perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que torne necessário a sua internação hospitalar, não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.

2.20. Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes

São as doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, em relação à qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação, e que não tenha sido declarada na Proposta de Adesão.

2.21. Estipulante

É a pessoa jurídica que contrata a Apólice Coletiva de Seguro, investida dos poderes de representação dos Segurados nos termos da legislação em vigor.

2.22. Evento Coberto

É toda e qualquer ocorrência ou acontecimento passível de ser garantido por uma Apólice de Seguro.

2.23. Excedente Técnico

É o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice Coletiva, em determinado período.

2.24. Franquia

O período contado a partir do início do afastamento do segurado, em que ele não tem direito a receber indenização. É fixado na Apólice e nas Condições Contratuais do segurado.

2.25. Grupo Segurado

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na Apólice Coletiva.

2.26. Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice Coletiva.

2.27. Hospital/Clínica

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

2.28. Incapacidade Temporária

É a impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou atividade laborativa principal, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

2.29. Indenização

O valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva Garantia contratada.

2.30. Início de Vigência

É a data a partir da qual as Garantias de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

2.31. Internação Hospitalar

Caracteriza-se como o período de tempo mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança pelo hospital/clínica de uma Diária Hospitalar. Em caso de hospitais gratuitos, deverá ser apresentada a documentação que comprove a internação hospitalar.

2.32. Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parente consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

2.33. Migração de Apólices

É a transferência de Apólice Coletiva em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

2.34. Nota Técnica Atuarial

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

2.35. Parâmetros Técnicos

É a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

2.36. Período de Cobertura

Aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos Capitais Segurados contratados na ocorrência do evento coberto.

2.37. Período Indenitário

O período fixado na Apólice e nas Condições Contratuais, durante o qual o segurado fará jus ao recebimento da renda diária contratada.

2.38. Prazo de Carência

É o período, contado do início de vigência da cobertura individual, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados.

2.39. Prêmio

Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do Seguro.

2.40. Proponente

É o interessado em contratar a(s) Garantia (s), ou aderir ao Contrato.

2.41. Proposta de Adesão Individual

É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

2.42. Proposta de Contratação

É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em caso de contratação coletiva, em que o proponente, pessoa física ou jurídica expressa a intenção de aderir ou contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

2.43. Regulação de Sinistro

É o processo que avalia o pagamento de indenização ao Segurado.

2.44. Reintegração de Capital

Restabelecimento da importância segurada, após o sinistro e o pagamento da Indenização pelo evento coberto.

2.45. Regime Financeiro de Repartição Simples

Estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos ocorridos nesse período.

2.46. Renovação Automática

Modalidade de renovação na qual o Seguro permanece em vigor, sempre que não exista manifestação em contrário de uma ou de ambas as partes contratantes.

2.47. Risco

É o evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o Seguro. O risco é a expectativa de sinistro. Sem risco não pode haver Contrato de Seguro.

2.48. Riscos Excluídos

São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano.

2.49. Segurado

É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro, podendo ser subdividido em:

- a) Segurado Principal: é a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante.

b) Segurado Dependente: é a pessoa física incluída no Seguro por intermédio do Segurado Principal.

2.50. Seguradora

Empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (Susep) a funcionar no Brasil como tal e que, recebendo o prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo Contrato de Seguro.

2.51. Sinistro

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

2.52. Vigência do Seguro

Período de tempo em que a Cobertura de Risco será garantida pela Seguradora.

2.53. Vigência da Cobertura Individual

É o período em que o Segurado está coberto pelas garantias deste seguro.

3. GARANTIAS DO SEGURO

3.1. Para fins deste Seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles definidos nas respectivas Condições Especiais e sendo estabelecidas nas Condições Contratuais, convencionadas nas cláusulas anexas à Apólice, devidamente ratificados no Contrato, que dela fazem parte integrante e inseparável.

3.2. As garantias abrangidas por este seguro estão definidas nas respectivas Condições Especiais e sendo estabelecidas nas Condições Contratuais em conformidade com o Estipulante e Segurado.

3.3. As Garantias deste Seguro dividem-se em básica, adicionais e suplementares.

3.3.1. A Garantia Básica oferecida por este Seguro é:

- Morte Acidental (MA)

3.3.2. As Garantias Adicionais oferecidas por este Seguro são:

- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
- Diária por Incapacidade Temporária, em caso de acidente (DIT-ACID);
- Despesas Diversas, em caso de morte acidental (GDD-MA);
- Despesas Diversas, em caso de invalidez acidental (GDD-IPA);
- Despesas Diversas, em caso de acidente (GDD-ACID);
- Reembolso de Despesas com Funeral (RDF);
- Auxílio Funeral (AUXF);
- Assistência Funeral (GASSF).
- Traslado de Corpo (TC) em caso de Morte Acidental;

3.3.3. As Garantias Suplementares oferecida por este Seguro são:

- Inclusão Automática de Cônjuge (IAC);
- Inclusão Automática de Filhos (IAF).
- Inclusão Automática de Pais (IAP).

3.4. A contratação de qualquer Garantia Adicional ou Suplementar fica condicionada à contratação da Garantia Básica de Morte Acidental.

3.5. As Garantias de Auxílio Funeral, Assistência Funeral e Reembolso de Despesas com Funeral não podem ser contratadas em conjunto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) Invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) movimentos populares, represálias, restrições à livre circulação, greves, explosões, emanção de calor ou radiação provenientes da transmutação ou desintegração de núcleo atômico, de radioatividade ou outros casos de força maior que impeçam a intervenção da Seguradora, salvo prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- d) suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do Seguro;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- f) epidemias declaradas por órgão competente, gripe aviária, envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores de caráter coletivo;
- g) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor as Condições Gerais do presente Seguro;
- i) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;
- j) acidentes sofridos antes da contratação do Seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência;
- k) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa, nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do Seguro;
- l) eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no subitem 2.1. destas Condições Gerais;

- m) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- n) perda de dentes e danos estéticos;
- o) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- p) utilização de instrumentos de guerra ou armas de fogo;
- q) sequestro ou tentativa de sequestro.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

- 5.1. Quando a contratação se der para cobertura de viagens, só estarão cobertos os acidentes ocorridos durante o período contratado.

6. CARÊNCIAS

- 6.1. Para todas as Garantias do Seguro de Acidentes Pessoais não haverá carência, exceto em caso de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

- 6.2. Os prazos de carência quando previstos pelo plano de Seguro constarão do Contrato.

- 6.3. Em caso de renovação de Apólice não será iniciado novo prazo de carência.

7. GRUPO SEGURÁVEL

- 7.1. Somente serão aceitos no grupo Segurado os proponentes pertencentes ao grupo segurável, isto é, que de qualquer modo se vinculem ao Estipulante, que estejam em gozo de boa saúde e em plena atividade profissional, observados os limites de idade e de Capitais Segurados.

- 7.2. O vínculo de que trata o subitem anterior deverá estar de forma clara e objetiva definido no Contrato da Apólice.

- 7.3. O plano coletivo estará disponível a todos os componentes do grupo que atendam as condições previstas no Contrato da Apólice, para ingresso no grupo Segurado.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 8.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

- 8.2. A contratação do Seguro dar-se-á com o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação pelo Estipulante, em formulário próprio fornecido pela Seguradora.

- 8.3. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a não aceitação da proposta, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. No caso do término do prazo de 15 (quinze) dias e não tenha ocorrido manifestação por parte da Seguradora, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

- 8.4. A Seguradora poderá solicitar uma única vez, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der entrega da documentação.
- 8.5. Ficará a critério da Seguradora a decisão de informar ou não, por escrito, ao Estipulante, sobre a aceitação da proposta, devendo, no entanto, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, ao mesmo, no caso de sua não aceitação, justificando a recusa.
- 8.6. Em caso de recusa do risco onde 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 Estipulante, 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.
- 8.7. Os portadores de deficiência física que fizerem parte do grupo segurável estarão aceitos em todas as Garantias, desde que ressalvado o grau de invalidez preexistente.

9. VIGÊNCIA DA APÓLICE, DA COBERTURA INDIVIDUAL E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 9.1. A vigência da apólice será de até 5 (cinco) anos, sendo definida na Proposta de Contratação.
- 9.2. As Apólices e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.
- 9.3. A vigência individual será aquela definida na Proposta de Contratação.
- 9.4. Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência individual definido na Proposta de Contratação.
- 9.5. Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora e o Estipulante a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.
- 9.6. As Apólices com vigência superior a 365 dias poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, salvo se a Seguradora ou o Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da Apólice, comunicar o desinteresse pela Renovação.
- 9.7. A renovação que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo Estipulante quantas vezes se fizer necessária, desde que realizada na forma expressa.
- 9.8. A renovação que implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do Grupo Segurado.

10. CAPITAL SEGURADO

- 10.1.** Entende-se como Capital Segurado o valor máximo para a Garantia contratada a ser pago pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.
- 10.2.** Considera-se como data do evento, ou data de exigibilidade, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da regulação dos sinistros:
- a) para as garantias de Acidentes Pessoais, a data do acidente;
 - b) para as garantias de risco nos Seguros de Pessoas, a data da ocorrência do evento, ressalvado o disposto na alínea a;
 - c) para as garantias de risco nos Seguros de Pessoas, cuja indenização corresponda ao reembolso de despesas efetuadas, a data do efetivo dispêndio pelo Segurado;
 - d) para a garantia de Diária por Incapacidade Temporária, considera-se data do evento, a data do laudo médico atestando a incapacidade total, e desde que, esta seja temporária.
- 10.3.** A aceitação, pela Sociedade Seguradora, de estabelecimento de Capital Segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.
- 10.4.** Nos Seguros em que o Segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da Sociedade Seguradora do valor do Capital Segurado contratado sem a devida solicitação expressa do Segurado.
- 10.5.** No caso de Invalidez Parcial, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
- 10.6.** Para o caso de morte, o capital eventualmente estipulado não está sujeito às dívidas do Segurado, nem se considera herança para todos os efeitos de direito.

11. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 11.1.** Fica estabelecido que qualquer pagamento do Capital Segurado, por força do presente Contrato, somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim no documento de cobrança.
- 11.2.** O tipo de custeio do prêmio deste Seguro, item ratificado nas Condições Contratuais, classifica-se em:
- a) **contributário:** onde os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente;
 - b) **não contributário:** onde o Estipulante custeia o prêmio totalmente.
- 11.3.** O prêmio poderá ser pago de forma mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou única, conforme opção feita pelo Estipulante, o que constará da Proposta de Contratação e da Apólice.
- 11.4.** Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

- 11.5. O plano prevê atualização monetária e juros por atraso no pagamento do prêmio.
- 11.6. O índice pactuado para atualização dos valores relativos aos prêmios pagos em atraso pelo Segurado é o IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas.
- 11.7. Os valores relativos ao pagamento de prêmios em atraso serão acrescidos de juros moratórios de 1% ao mês para cada mês de atraso.
- 11.8. A Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos.
- 11.9. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem anterior diretamente ao Segurado ou ao seu representante, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 12.1. O índice pactuado para atualização de valores relativos às operações derivadas do Contrato é o IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas.
- 12.2. No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- 12.3. Caso o Conselho Monetário Nacional - CMN deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado, o índice que vier a substituí-lo.
- 12.4. Para as Apólices com vigência anual ou plurianual, os Capitais Segurados e os Prêmios serão atualizados anualmente, na data de aniversário da Apólice, durante a vigência do seguro, pelo IPC/FGV acumulado nos 12 meses que antecedem o mês do aniversário da Apólice, exceto para as apólices que possuam recálculo do Capital Segurado pela variação salarial.
- 12.5. Para as Apólices com vigência inferior a 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, não haverá atualização monetária para o Capital Segurado nem para o prêmio.

13. PRAZO DE TOLERÂNCIA

- 13.1. Caso o Estipulante não efetue o pagamento dos prêmios à Seguradora, fica garantido o direito do Segurado desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 90 (noventa) dias.
- 13.2. Se o prêmio não for pago até a data limite expressa na Proposta de Contratação, o Estipulante poderá pagar o prêmio atualizado e corrigido com juros moratórios desde a data limite até a data do efetivo pagamento, desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 90 (noventa) dias.
- 13.3. Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, com a consequente cobrança do prêmio devido.

- 13.4. Caso o Estipulante permaneça inadimplente (não tenha efetuado o pagamento) por período superior a 90 (noventa) dias do prêmio não pago, a apólice poderá ser cancelada pela Seguradora.

14. PERDA DE DIREITO

- 14.1. O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.
- 14.2. Se o Segurado, seu representante, ou seu corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.
- 14.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Estipulante e do Segurado, a Seguradora poderá:
- 14.3.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:**
- a) cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a Cobertura contratada.
- 14.3.2. 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.
- 14.3.3. Na hipótese de ocorrência do 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.**
- 14.4. O segurado perderá direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando deixar de comunicar imediatamente à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- 14.4.1. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a Garantia contratada.**
- 14.4.2. O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.**

15. CANCELAMENTO DE APÓLICE

- 15.1. O não pagamento do Prêmio por parte do Estipulante nos prazos estipulados nas Condições Contratuais

poderá acarretar o cancelamento automático da Apólice, se não houver regularização dos Prêmios antes de completar 90 (noventa) dias da parcela vencida e não paga.

- 15.2.** O Contrato de Seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.
- 15.3.** Na hipótese do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do Seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do Seguro, sem restituição dos Prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

16. OBRIGAÇÕES

16.1. São obrigações do Estipulante:

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

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

16.1.2. É expressamente vedado ao Estipulante:

- a) cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) rescindir o Contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do Seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro que será contratado; e
- d) vincular a contratação de Seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

16.1.3. O não pagamento dos Prêmios à Seguradora, acarretará o cancelamento do Seguro, se o prazo for superior a 90 (noventa) dias, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

16.1.4. Por determinação da SUSEP, é imprescindível que o Estipulante encaminhe à Seguradora, periodicamente, por meio magnético, relação dos Segurados existentes, com suas correspondentes informações cadastrais solicitadas por ocasião da apresentação da proposta, bem como pertinentes ao Capital Segurado, conforme layout em vigor.

16.1.5. Cabe ressaltar que a inobservância ao subitem anterior sujeita o Estipulante e a Seguradora à pena de multas.

16.1.6. Quando não for possível ao Estipulante encaminhar a relação por meio magnético, a mesma poderá ser enviada em listagens impressas.

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

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

16.2. São obrigações da Seguradora:

- a) incluir no Contrato de Seguro todas as obrigações do Estipulante, de acordo com determinação da SUSEP;
- b) informar ao Segurado a situação de inadimplência do Estipulante, sempre que lhe for solicitada;
- c) prestar ao Estipulante todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de Seguro.

17. REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 17.1.** Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s), conforme o caso, deverá(ão) apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou Beneficiário, definidos para cada garantia nas Condições Especiais do seguro.
- 17.2.** A Indenização, de acordo com o plano de Seguro contratado, será paga sob a forma de pagamento único.
- 17.3.** Os pagamentos relativos às Garantias deste Seguro têm o prazo máximo limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos.
- 17.4.** Caso o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a regulação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o disposto no subitem 17.3, implicará sobre o valor do Capital Segurado:
- 17.4.1.** Juros moratórios de 1% (um por cento) para cada mês de atraso.
- 17.4.2.** Atualização Monetária, desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento da indenização, pela variação positiva do índice determinado no item 14, 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.
- 17.5.** Faculta-se à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos e/ou informação. Neste caso o prazo de que trata o subitem 17.4 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 17.6.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 17.6.1.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.
- 17.7.** Poderá ser solicitado o comprovante do último Prêmio pago para fins de verificação da cobertura.
- 17.8.** A tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização.
- 17.8.1.** É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial.
- 17.9.** Eventuais encargos de tradução necessários à regulação de sinistros ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

17.10. No Seguro de Pessoas para o caso de morte, o Capital Segurado não está sujeito às dívidas do Segurado, nem se considera herança para todos os efeitos de direito.

17.11. Documentos que qualificam e habilitam o Beneficiário:

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

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

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

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

18. BENEFICIÁRIOS

- 18.1.** O(s) Beneficiário(s) do Seguro será(ão) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em um documento hábil, podendo ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio segurado.
- 18.2.** Na falta de indicação de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge/companheiro(a) não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida legislação aplicável à herança.
- 18.3.** Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado principal e do(s) Segurado(s) dependente(s), os Capitais Segurados referentes às garantias dos Segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, conforme legislação vigente à época do sinistro.

19. REGIME FINANCEIRO

Considerando que o plano de Seguro em questão é estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples, não haverá concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos.

20. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

21. SUB-ROGAÇÃO

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

22. RATIFICAÇÃO

Ratificando o disposto no item 3 destas Condições Gerais, considerar-se-ão os riscos devidamente relacionados, em item específico, no Contrato da Apólice, que fazem parte integrante e inseparável da Apólice.

23. FORO

- 23.1.** Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do Contrato de Seguro, o foro eleito para dirimir quaisquer dúvidas resultantes do seguro será o do domicílio do Segurado ou Beneficiário, conforme o caso.
- 23.2.** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição do foro diverso daquele previsto no item 23.1.

24. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 24.1.** A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.
- 24.2.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

- 24.3.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de Seguros, no site www.susep.gov.br por meio de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 24.4.** Fica entendido e acordado que no presente Seguro, os tributos serão pagos por quem a lei vigente determinar.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

Garantir uma indenização ao(s) Beneficiário(s), na ocorrência de morte do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto, conforme definido no subitem 2.1 das Condições Gerais, exceto para a cobertura de viagens, quando estarão cobertos os acidentes ocorridos durante o período contratado, observadas as Condições Gerais deste seguro.

2. CAPITAL SEGURADO

Será o valor máximo contratado para este seguro, e será definido nas Condições Contratuais.

3. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos definidos no subitem 2.1 das Condições Gerais, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos:

- a) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 2.1.

- c) Acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- d) Acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
- e) Acidente vascular cerebral.

5. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso, ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada);
- Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico do IML;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico, desde que o segurado figure como condutor do veículo. Este documento é dispensável caso conste no Boletim de Ocorrência Policial a identificação do condutor e os dados da CNH;
- CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (para o caso de acidente na empresa);
- Cópia autenticada do Laudo Cadavérico do IML (quando houver);
- Certidão de óbito (cópia autenticada);
- Certidão de casamento (atualizada) ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);
- RG e CPF do segurado (cópia autenticada);
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada); Cópia da Proposta de Contratação

6. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

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

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

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

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

7. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

- 7.1.** As indenizações por Morte Acidental e por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam. Se depois de pagar indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente deverá ser deduzida do valor do Capital Segurado por Morte Acidental.
- 7.2.** O segurado será excluído da Apólice após o recebimento do Capital Segurado através da Garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente.

8. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

Garantir uma indenização ao segurado, desde que contratada esta garantia, relativa à perda, à redução ou a impotência funcional definitivo total e permanente de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado poderá ser de até 200% (duzentos por cento) do Capital Segurado definido para a Garantia Básica de Morte Acidental.

2.2. O percentual será definido, pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

3. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos definidos no subitem 2.1 das Condições Gerais, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- b) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
- c) acidente vascular cerebral;
- d) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

5. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

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

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL- DISCRIMINAÇÃO	% sobre CS
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100

6. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

6.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", constando data, hora, local e causa do acidente, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras, com assinatura do médico assistente, carimbo com o CRM do médico, seu endereço, CNPJ e reconhecimento de firma deste último;
- Relatórios médicos;
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia do Termo ou da carta de concessão da Aposentadoria do INSS;
- Cópia de exames e radiografias com laudos que comprovam a Invalidez do Segurado;

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

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

7. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

- 7.1. O segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento do Capital Segurado para esta Garantia, deverá provar a ocorrência do acidente por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.
- 7.2. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez ou incapacidade que seja coberta por esta Garantia.
- 7.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.
- 7.4. A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de doença ou acidente.
- 7.5. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 7.6. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.
- 7.7. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

8. JUNTA MÉDICA

- 8.1. No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão de lesão bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 8.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 8.3. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

9. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

Garantir uma indenização ao Segurado Principal, desde que contratada esta garantia, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente coberto.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado poderá ser de até 200% (duzentos por cento) do Capital Segurado definido para a Garantia Básica de Morte Acidental.

2.2. O percentual será definido, pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

2.3. O Capital Segurado relativo à Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será reintegrado automaticamente após cada acidente. A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

3. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos mencionados no item 2.1 das Condições Gerais, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;

- b) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
- c) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto.

5. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

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

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE - DISCRIMINAÇÃO	% sobre IS
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS – DISCRIMINAÇÃO	% sobre IS
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES - DISCRIMINAÇÃO	% sobre IS
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9

Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-
PARCIAL MEMBROS INFERIORES - DISCRIMINAÇÃO	% sobre IS
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbioperoneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	-
Encurtamento de um dos membros inferiores	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	-

- 5.2.** No caso em que as funções do membro ou órgão lesado não fiquem completamente abolidas, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata deste grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente. Nos casos em que a invalidez não foi especificada no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a redução permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
- 5.3.** Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do valor contratado como Capital Segurado.
- 5.4.** Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.
- 5.5.** Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

6. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Morte Acidental não se acumulam. Se depois de pagar indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente verificar-se a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por morte, se contratada esta cobertura.

7. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", constando data, hora, local e causa do acidente, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras, com assinatura do médico assistente, carimbo com o CRM do médico, seu endereço, CNPJ e reconhecimento de firma deste último;
- Relatórios médicos;
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia do Termo ou da carta de concessão da Aposentadoria do INSS;
- Cópia de exames e radiografias com laudos que comprovam a Invalidez do Segurado;

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

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

8. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

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

8.2. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez ou incapacidade que se enquadre com o conceito coberto por esta Garantia.

8.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

- 8.4. A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de doença ou acidente.
- 8.5. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 8.6. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.
- 8.7. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

9. JUNTA MÉDICA

- 9.1. No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão de lesão bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 9.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 9.3. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

10. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO

Garantir o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas ao Segurado Principal, desde que contratada esta garantia, efetuadas para o tratamento do mesmo, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, exceto para cobertura de viagens quando estarão cobertos os acidentes ocorridos durante o período contratado, observadas as Condições Gerais deste Seguro.

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1.** O Capital Segurado poderá ser de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado definido para a Garantia Básica de Morte Acidental.
- 2.2.** Caso o Segurado possua mais de uma Apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora, nesta Apólice, será igual ao Capital Segurado obtido pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as Apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta garantia em cada uma das Apólices.
- 2.3.** O Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada acidente, observando-se que a soma dos reembolsos em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes eventos, não poderá exceder ao Capital Segurado contratado na Garantia Básica de Morte Acidental.

3. RISCOS COBERTOS

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais estão também excluídos os seguintes eventos:
 - a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
 - b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
 - c) despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado e enfermagem de caráter particular;
 - d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;
 - e) cirurgia plástica estética, exceto aquelas de caráter reparador para reconstituição de funções, danificadas em função de acidente coberto, e cuja finalidade não seja meramente estética;
 - f) estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;
 - g) tratamentos relacionados a doenças;
 - h) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;

- i) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- j) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- k) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- l) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;
- m) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- n) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- o) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protusões discais degenerativas;
- p) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- q) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

5. DA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

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

6. DA COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

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

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

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

7. REEMBOLSO

O segurado poderá sub-rogar a terceiros (pessoa física ou jurídica responsável pelo pagamento das despesas médicas, hospitalares e odontológicas por acidente pessoal coberto do segurado, devidamente comprovado) o seu direito ao reembolso.

8. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

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

9. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT-ACID)

1. OBJETIVO

Garantir uma indenização ao Segurado, desde que contratada esta garantia, referente ao pagamento de diárias por incapacidade temporária, por motivo oriundo, exclusivamente, de acidente pessoal, caso o segurado fique totalmente impossibilitado de forma contínua e ininterrupta de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, sendo certo que a garantia respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais.

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1.** É o valor máximo para a garantia contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro e será definido nas Condições Contratuais.
- 2.2.** A indenização consiste no pagamento do valor da diária contratada, durante o período de efetivo afastamento limitado ao período indenitário contratado.
- 2.3.** O valor do Capital Segurado contratado para a garantia de diária de incapacidade será devido a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1.** Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:
 - a) incapacidade causada por doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação do seguro, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;
 - b) acidentes ou lesões preexistentes ao início de vigência respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;
 - c) envenenamentos de caráter coletivo;
 - d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro.
- 3.2.** Fica ainda expressamente excluído do risco garantido por esta Cláusula Especial, qualquer afastamento quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

4.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, constando data, hora, local e causa do acidente, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

4.1.1. A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado ou seu representante da obrigação os seguintes documentos:

- Formulário de “Aviso de Sinistro para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento – DIT (formulário fornecido pela CAPEMISA);
- Declaração Médica comprovando a incapacidade temporária e fixando o número de diárias de incapacidade; Boletim de Ocorrência Policial, se houver, ou cópia Certidão de Ocorrência Policial;
- Radiografias, se houver;
- CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso; Fotocópia do RG ou Certidão de Nascimento;
- Fotocópia do CPF do segurado;
- Fotocópia do comprovante de residência do segurado;
- Fotocópia do comprovante bancário do segurado.

5. FRANQUIA

5.1. A franquia será de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, ou conforme determinado nas Condições Contratuais, se inferior, contados a partir da data do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer outro evento subsequente.

5.2. Os pagamentos de Diárias por Incapacidade Temporária serão devidos a partir do primeiro dia após o término do prazo acordado como franquia, e ficam limitados por evento, até o prazo máximo determinado nas Condições Contratuais.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1. O limite de diárias constará das Condições Contratuais, podendo ser de até, no máximo, 180 (cento e oitenta) diárias ininterruptas por evento.

6.2. As diárias não utilizadas no evento anterior não são cumulativas para os próximos eventos.

6.3. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o período indenitário contratado.

7. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE ACIDENTAL (GDD-MA)

1. OBJETIVO

Garantir uma indenização ao(s) beneficiário(s), na ocorrência da morte do Segurado, desde que contratada esta garantia, em consequência de acidente pessoal coberto, a fim de custear despesas diversas como por exemplo, alimentação, educação, inventário, dentre outras.

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1.** O Capital Segurado poderá ser de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado definido para a Garantia Básica de Morte Acidental.
- 2.2.** O percentual será definido, pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Consideram-se riscos excluídos, os mesmos descritos no subitem 4.1 das Condições Gerais.

4. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

- 4.1.** Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", constando data, hora, local e causa do acidente, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

- 4.1.1.** A comunicação na forma deste item não exonera o Beneficiário da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras; Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- Certidão de Casamento (atualizada) ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);
- RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia do Registro de Emprego (cópia autenticada);
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia da Proposta de Contratação;
- Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso, ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada);
- Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico do IML;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico, desde que o segurado figure como condutor do veículo. Este documento é dispensável caso conste no Boletim de Ocorrência Policial a identificação do condutor e os dados da CNH;
- CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (para o caso de acidente na empresa);
- Cópia autenticada do Laudo Cadavérico do IML (quando houver).

5. RATIFICAÇÕES

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL (RDF)

1. OBJETIVO

Garante o reembolso, ao(s) custeador(es) da(s) nota(s) original(is) das despesas efetivamente gastas com o funeral em caso de morte acidental do Segurado, desde que contratada esta garantia, até o limite do capital segurado contratado.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado poderá ser de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Garantia Básica de Morte Acidental.

2.2. O percentual será definido, pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

3. REEMBOLSO

3.1. Em caso de falecimento do Segurado, o pedido de reembolso deverá ser requerido diretamente à Seguradora.

3.2. Será(ão) considerado(s) como Beneficiário(s), a(s) pessoa(s) indicada(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do(s) serviço(s), que tenham arcado com as despesas para organização do funeral do Segurado.

3.3. O reembolso será único e limitado ao valor das despesas com o funeral, estabelecido e acordado entre as partes no Contrato, desde que estejam devidamente comprovadas através da apresentação de notas fiscais originais.

3.4. Caso o segurado possua mais de uma apólice nesta ou em outra Seguradora, garantindo as despesas com o reembolso do funeral e a soma dos limites de indenização das apólices concorrentes seja superior ao valor da despesa, a responsabilidade desta Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as apólices vigentes na data do sinistro, sendo o rateio proporcional ao limite segurado garantido por cada uma das Apólices concorrentes.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) aquisição de jazigo;
- b) a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

5. DISPOSIÇÃO GERAL

5.1. O pagamento desta Garantia não obriga a Seguradora a dar cobertura às demais garantias contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

5.2. Não poderão ser contratadas em conjunto as Garantias Reembolso de Despesas com Funeral, Assistência Funeral e Auxílio Funeral.

6. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

6.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", constando data, hora, local e causa do acidente, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

6.1.1. A comunicação na forma deste item não exonera o Beneficiário da obrigação os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras; Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do segurado (cópia autenticada); Nota(s) Fiscal(is) original(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral; Cópias autenticadas do CPF e RG do Custeador;
- Comprovante de residência do Custeador;
- Comprovante bancário do Custeador;
- Cópia da Proposta de Contratação.

7. RATIFICAÇÕES

Ratificam-se os termos das Condições Gerais do Seguro de Vida em Grupo, não modificadas por esta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE AUXILIO FUNERAL (AUXF)

1. OBJETIVO

Garantir uma indenização ao(s) Beneficiário(s), a título de Auxílio Funeral, na ocorrência da morte do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto, desde que contratada esta garantia, conforme definido no subitem 2.1 das Condições Gerais.

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1.** O Capital Segurado poderá ser de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Garantia Básica de Morte Acidental.
- 2.2.** O percentual será definido, pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

3. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

- 3.1.** O pagamento desta garantia não obriga a Seguradora a dar cobertura às demais garantias contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.
- 3.2.** Não poderão ser contratadas em conjunto as garantias de reembolso de despesas com funeral, assistência funeral e auxílio funeral.

4. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Em caso de falecimento do Segurado, o pedido de pagamento do Capital Segurado deverá ser requerido diretamente à Seguradora, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

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

5. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (GASSF)

1. OBJETIVO

- 1.1. Garante a realização dos serviços de assistência funeral, ou do reembolso, ao(s) custeador(es) da(s) nota(s) original(is) das despesas efetivamente gastas com o funeral em caso de morte acidental do segurado, desde que contratada esta garantia, até o limite do capital segurado contratado.
- 1.2. O funeral poderá ser realizado por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Capemisa, na hipótese do Beneficiário optar pela prestação de serviço.
- 1.3. Na hipótese de o segurado ou beneficiário optar pelo reembolso é garantida a livre escolha do prestador de serviço funerário.
- 1.4. O reembolso das despesas com o Funeral ou a prestação de serviço será concedido:
 - a) no Plano Individual: Segurados principais; e
 - b) no Plano Familiar: Segurados principais, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a) e os filhos até 21 anos ou até 24 anos se estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério de Educação.

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1. O Capital Segurado poderá ser de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Garantia Básica de Morte Acidental.
- 2.2. O percentual será definido, pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:
 - aquisição de jazigo;
 - a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

4. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

4.1. Caso haja a opção pelo recebimento do reembolso:

O reembolso deverá ser requerido diretamente à Seguradora, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Nota(s) Fiscal(is) original(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral;
- Cópias autenticadas do CPF e RG do Custeador;
- Comprovante de residência e bancário do Custeador;

Neste caso, será(ão) considerado(s) como Beneficiário(s), a(s) pessoa(s) indicada(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do(s) serviço(s), que tenham arcado com as despesas para organização do funeral do Segurado.

4.2. Caso haja a opção pela prestação do serviço:

Os familiares deverão contatar a empresa terceirizada, especificada nas Condições Contratuais, antes de tomarem qualquer medida fornecendo os seguintes dados:

- Nome do Segurado;
- Se a família possui jazigo em cemitério; Onde a família pretende sepultar o corpo; Endereço e telefone;
- Local onde se encontra o corpo;
- outras informações que facilitem a execução dos serviços.

4.2.1. Durante o atendimento poderão ser solicitados entre outros, documentos que comprovem a contratação do plano ou o vínculo do Segurado com o Estipulante ou Subestipulante.

4.2.2. O padrão do funeral será estabelecido nas Condições Contratuais, em função do Capital Segurado contratado para essa garantia.

4.2.3. Não há reembolso de quaisquer despesas efetuadas, direta ou indiretamente, pelo(s) Beneficiário(s), como antecipação, extensão ou realização do serviço.

4.3. Caso o segurado possua mais de uma apólice nesta ou em outra seguradora, garantindo as Despesas com o Reembolso do Funeral e a soma dos limites de indenização das apólices concorrentes seja superior ao valor da despesa, a responsabilidade desta Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as apólices vigentes na data do sinistro, sendo o rateio proporcional ao limite segurado garantido por cada uma das Apólices concorrentes.

5. DISPOSIÇÃO GERAL

5.1. O pagamento desta garantia não obriga a Seguradora a dar cobertura às demais garantias contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

5.2. Não poderão ser contratadas em conjunto as Garantias de Reembolso de Despesas com Funeral, Assistência Funeral e Auxílio Funeral.

6. RATIFICAÇÕES

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR INVALIDEZ ACIDENTAL (GDD-IPA)

1. OBJETIVO

Garantir uma indenização ao(s) beneficiário(s), na ocorrência da invalidez total ou parcial por acidente do Segurado, desde que contratada esta garantia, em consequência de acidente pessoal coberto, a fim de custear despesas diversas como por exemplo, alimentação, educação, dentre outras.

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1.** O Capital Segurado poderá ser de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado definido para a Garantia Básica de Morte Acidental.
- 2.2.** O percentual será definido, pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Consideram-se riscos excluídos, os mesmos descritos no subitem 4.1 das Condições Gerais.

4. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

- 4.1.** Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", constando data, hora, local e causa do acidente, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras; Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- Certidão de Casamento (atualizada) ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);
- RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia do Registro de Emprego (cópia autenticada);
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia da Proposta de Contratação;
- Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso, ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada);
- Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico do IML;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico, desde que o segurado figure como condutor do veículo. Este documento é dispensável caso conste no Boletim de Ocorrência Policial a identificação do condutor e os dados da CNH;
- CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (para o caso de acidente na empresa);
- Cópia autenticada do Laudo Cadavérico do IML (quando houver).

5. RATIFICAÇÕES

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE (GDD-ACID)**1. OBJETIVO**

Garantir uma indenização ao(s) beneficiário(s), na ocorrência de acidente do Segurado, desde que contratada esta garantia, em consequência de acidente pessoal coberto, a fim de custear despesas diversas como por exemplo, alimentação, educação, dentre outras.

2. CAPITAL SEGURADO

- a) O Capital Segurado poderá ser de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado definido para a Garantia Básica de Morte Acidental.
- b) O percentual será definido, pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Consideram-se riscos excluídos, os mesmos descritos no subitem 4.1 das Condições Gerais.

4. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

4.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", constando data, hora, local e causa do acidente, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras; - Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- Certidão de Casamento (atualizada) ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);
- RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia do Registro de Empregado (cópia autenticada);
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia da Proposta de Contratação.
- Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso, ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada);
- Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico do IML;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico, desde que o segurado figure como condutor do veículo. Este documento é dispensável caso conste no Boletim de Ocorrência Policial a identificação do condutor e os dados da CNH;
- CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (para o caso de acidente na empresa); Cópia autenticada do Laudo Cadavérico do IML (quando houver).

5. RATIFICAÇÕES

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE TRASLADO DE CORPO EM CASO DE MORTE ACIDENTAL (TC)

1. OBJETIVO

Garantir ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com a realização do traslado de corpo do Segurado, conforme previsto nestas condições, até o limite do Capital Segurado contratado para essa garantia.

- 1.1. O traslado do corpo poderá ser realizado por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Capemisa, na hipótese do Beneficiário optar pela prestação de serviço, observando os termos das Condições Contratuais.
- 1.2. Na hipótese de o segurado ou beneficiário optar pelo reembolso é garantida a livre escolha do prestador de serviço de traslado, observando os termos das Condições Contratuais.
- 1.3. O destino do Traslado de Corpo deve ser exclusivamente no Território Brasileiro.
- 1.4. O reembolso das despesas com o traslado de corpo ou a prestação de serviço será concedido:
 - a) no Plano Individual: a todos os Segurados principais (excluído cônjuge e filhos); e
 - b) no Plano Familiar: a todos os Segurados principais, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a) e os filhos até 21 anos ou até 24 anos se estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério de Educação.

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1. O Capital Segurado poderá ser de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Garantia Básica de Morte Acidental.
- 2.2. O percentual será definido, pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

3. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos definidos no subitem 2.1 das Condições Gerais, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;

- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Consideram-se riscos excluídos, os mesmos descritos no subitem 4.1 das Condições Gerais.

5. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

5.1. Caso haja a opção pelo recebimento do reembolso:

O reembolso deverá ser requerido diretamente à Seguradora, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras (original);
- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
- Nota(s) Fiscal(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao Traslado; (original);
- RG ou outro documento de identidade e CPF do Custeador (cópia simples);
- Comprovante de endereço atualizado do Custeador "um dos seis últimos meses" (conta de telefone, de água, de luz, etc.) (cópia simples);
- Comprovante bancário do Custeador "espelho do extrato ou comprovante de depósito bancário" (cópia simples);
- Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);

Neste caso, será(ão) considerado(s) como Beneficiário(s), a(s) pessoa(s) indicada(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do(s) serviço(s), que tenham arcado com as despesas do traslado de corpo do Segurado.

5.2. Caso haja a opção pela prestação do serviço:

Os familiares deverão contatar a empresa terceirizada, especificada nas Condições Contratuais, antes de tomarem qualquer medida fornecendo os seguintes dados:

- Nome do Segurado;
- Onde a família pretende sepultar o corpo
- Endereço e telefone;
- Local onde se encontra o corpo;
- outras informações que facilitem a execução dos serviços.

5.2.1. Durante o atendimento poderão ser solicitados entre outros, documentos que comprovem a contratação do plano ou o vínculo do Segurado com o Estipulante ou Subestipulante.

5.2.1. O padrão do traslado de corpo será estabelecido nas Condições Contratuais, em função do Capital Segurado contratado para essa garantia.

5.2.1. Não há reembolso de quaisquer despesas efetuadas, direta ou indiretamente, pelo(s) Beneficiário(s), como antecipação, extensão ou realização do serviço.

5.3. Caso o segurado possua mais de uma apólice nesta ou em outra seguradora, garantindo as despesas com o reembolso do Traslado de corpo e a soma dos limites de indenização das apólices concorrentes seja superior ao valor da despesa, a responsabilidade desta Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as apólices vigentes na data do sinistro, sendo o rateio proporcional ao limite segurado garantido por cada uma das Apólices concorrentes.

6. DISPOSIÇÃO GERAL

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

7. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IAC)

1. OBJETIVO

Garantir ao Beneficiário o pagamento de uma indenização limitada a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual relativo à Garantia de Morte Acidental do Segurado Principal, em consequência de acidente coberto, do cônjuge do Segurado Principal.

- 1.1. Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos Segurados Principais, se ao tempo do Contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 1.2. Não participam desta cláusula os cônjuges que façam parte do Grupo Segurado Principal.

2. RISCOS COBERTOS

Os cônjuges poderão ser garantidos pela Garantia Básica de Morte Acidental e pelas Garantias Adicionais.

- 2.1. As Garantias em que os cônjuges serão incluídos e os respectivos Capitais Segurados, limitados ao máximo de 100% daqueles do Segurado Principal, serão definidos em aditivo à Apólice ou em seu Contrato.

3. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

4. CARÊNCIA

Para todas as Cláusulas de Garantias do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua adesão ao Seguro.

5. FORMA AUTOMÁTICA DE INCLUSÃO

Nesta modalidade de inclusão, ficam incluídos na Apólice os cônjuges de todos os Segurados Principais, exceto aqueles que já fizeram parte do Grupo Segurado Principal. Neste caso, os prêmios correspondentes aos cônjuges serão pagos por todos os componentes do Grupo Segurado.

6. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário do Seguro do cônjuge no caso de sua Morte será sempre o Segurado Principal e nos casos de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será o próprio cônjuge.

- 6.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, os Capitais Segurados referentes às Garantias dos Segurados, Principal e Dependente, deverão ser pagos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO DO CÔNJUGE

O Seguro do cônjuge será obrigatoriamente cancelado, além dos casos de cancelamento da Apólice e desta cláusula:

- a) nos casos de exclusão do Segurado Principal da Apólice, inclusive por morte;
- b) no caso de separação judicial ou divórcio; ou
- c) no caso de cancelamento de seu registro, quando se tratar de companheira(o).

8. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IAF)

1. OBJETIVO

Permitir a inclusão na Apólice dos filhos e enteados menores de 21 anos, naturais ou adotados, dependentes do Segurado Principal e/ou do Segurado Dependente. A Garantia poderá ser estendida ao filho até 24 anos se este for solteiro, dependente dos pais e estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério de Educação.

1.1. Ficam também incluídos nesta cláusula:

- a) filho natimorto;
- b) filho inválido, de qualquer idade, considerado dependente do Segurado Principal pela legislação do Imposto de Renda e da Previdência Social.

1.1.1. Para efeito do presente artigo equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal.

1.2. Nas hipóteses do subitem 1.1 anterior é garantido apenas o reembolso das despesas ocorridas com o funeral, respeitando-se o limite de capital fixado nesta Garantia.

2. RISCOS COBERTOS

Os filhos serão cobertos na Garantia Básica de Morte Acidental. Os Capitais destinados a estas Garantias serão realizados sob a forma única, até o limite do limite máximo de garantia da Apólice, o que estará ratificado no respectivo Contrato.

2.1. As Garantias em que os filhos serão incluídos e os respectivos Capitais Segurados, limitados ao máximo de 100% daqueles do Segurado Principal, serão definidos em aditivo à Apólice ou em seu Contrato.

2.2. Para os menores de 14 anos o Seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

3. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

4. CARÊNCIA

Para todas as Garantias previstas neste Seguro de Vida, haverá carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no Seguro.

5. FORMA DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA

Abrange os filhos de todos os Segurados Principais e/ou dos Cônjuges Segurados;

- 5.1.** Quando ambos os cônjuges forem segurados principais do mesmo grupo segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito da cláusula.
- 5.2.** O Capital Segurado dos filhos não pode ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado principal, observando-se que o critério para fixação do capital para esta Garantia, que será estabelecido no Contrato da Apólice.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO DO FILHO

O Seguro do filho será obrigatoriamente cancelado, além dos casos de cancelamento da Apólice:

- a) quando for cancelada a Condição Especial de Inclusão de Filhos;
- b) nos casos de exclusão do Segurado Principal, inclusive por pagamento do capital total garantido por quaisquer das garantias contratadas;
- c) no caso de cessação da condição de dependente, como previsto no Regulamento do Imposto de Renda;
- d) quando o filho atingir 21 anos de idade ou 24 anos se este estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério da Educação; ou
- e) a pedido do Segurado Principal.

7. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta Cláusula será sempre o Segurado Principal.

8. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE PAIS (IAP)

1. OBJETIVO

Garantir ao Beneficiário o pagamento de uma indenização limitada a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual relativo à Garantia de Morte Acidental do Segurado Principal, em consequência de acidente coberto, dos pais do Segurado Principal.

2. RISCOS COBERTOS

Os pais poderão ser garantidos pela Garantia Básica de Morte Acidental e pelas Garantias Adicionais.

2.1. As Garantias em que os pais serão incluídos e os respectivos Capitais Segurados, limitados ao máximo de 100% daqueles do Segurado Principal, serão definidos em aditivo à Apólice ou em seu Contrato.

3. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

4. CARÊNCIA

Para todas as Cláusulas de Garantias do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua adesão ao Seguro.

5. FORMA AUTOMÁTICA DE INCLUSÃO

Nesta modalidade de inclusão, ficam incluídos na Apólice os pais de todos os Segurados Principais, exceto aqueles que já fizeram parte do Grupo Segurado Principal. Neste caso, os prêmios correspondentes aos pais serão pagos por todos os componentes do Grupo Segurado.

6. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário do Seguro dos pais no caso de sua Morte será sempre o Segurado Principal e nos casos de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente serão os próprios pais.

6.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, os Capitais Segurados referentes às Garantias dos Segurados, Principal e Dependente, deverão ser pagos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO DOS PAIS

O Seguro dos pais será obrigatoriamente cancelado, no caso de cancelamento da Apólice e no caso de exclusão do Segurado Principal da Apólice, inclusive por morte;

8. RATIFICAÇÃO

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