

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO ESCOTEIRO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO:

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1.1. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.

1.2. O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

1.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

2. APRESENTAÇÃO

Apresentamos a seguir as Condições Gerais do Seguro Escoteiro, que estabelecem as normas de funcionamento das garantias contratadas.

Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas somente as condições correspondentes às garantias aqui previstas e discriminadas, desprezando-se quaisquer outras.

Mediante a contratação do seguro, o segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.

Para os casos não previstos nestas condições, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

3. ESTRUTURA DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO

Este seguro apresenta-se em três partes assim determinadas: Condições Gerais, Condições Especiais e Condições Particulares.

Condições Gerais: são as cláusulas comuns a todas as garantias e/ou modalidades desta apólice de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos do segurado e da seguradora.

Condições Especiais: são as cláusulas relativas às garantias deste plano de seguro, onde são descritos os riscos cobertos e os riscos não cobertos em cada garantia.

Condições Particulares: são as cláusulas que especificam o plano de seguro contratado para esta apólice.

Condições Contratuais: são o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais e da Apólice.

4. GLOSSÁRIO

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nesta apólice, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.

ACIDENTE PESSOAL: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se nesse 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 acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e

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 desse 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 conseqüentes 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: 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 medicocientífica, 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;

APÓLICE: documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.

BENEFICIÁRIO: pessoa física designada para receber o valor da indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

CAPITAL SEGURADO: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, no caso de ocorrência de sinistro.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: 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 prêmio.

CARTEIRINHA DE IDENTIFICAÇÃO: para fins deste seguro, é o Certificado Individual do seguro.

CARÊNCIA: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

CONDIÇÃO PREEXISTENTE: é a condição para a qual os sintomas sejam de conhecimento do segurado na data da contratação do seguro, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares ou por exames diagnósticos comprobatórios, e não declarada na Proposta de Contratação.

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

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

ESTIPULANTE: é a pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguro de plano coletivo, investida dos poderes de representação dos segurados, nos termos da legislação e da regulamentação em vigor.

EVENTO COBERTO: é o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais.

FRANQUIA: é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.

FRANQUIA DEDUTÍVEL: é o valor ou percentual que representa a participação obrigatória do segurado nas indenizações em cada sinistro.

GARANTIAS: são as obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas condições gerais.

GRUPO SEGURADO: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

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

HOSPITAL: é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora.

INDENIZAÇÃO: é o valor a ser pago pela seguradora ao segurado, ou a seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.

INTERNACÃO HOSPITALAR: é a internação em Hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO: é o valor máximo a ser pago em decorrência de um ou mais sinistros ocorridos durante a vigência da apólice, respeitado o valor do Capital Segurado de cada garantia contratada.

MÉDICO: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Não serão aceitos como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

PRÊMIO: é o valor pago à seguradora para que esta assumira os riscos cobertos pelo seguro.

PROPONENTE: o interessado em aderir ao contrato.

PROPOSTA DE ADESÃO: 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.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: é o documento mediante o qual o estipulante expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as garantias e capitais segurados propostos e manifestando pleno conhecimento e concordância com os termos estabelecidos nestas condições gerais.

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

SEGURO NÃO-CONTRIBUTÁRIO: seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do estipulante.

SEGURADORA: empresa legalmente constituída que para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos contratos de seguro.

SINISTRO: é a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência da apólice.

VIGÊNCIA: é o período pelo qual está contratado o seguro.

5. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ou reembolso ao próprio segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.

6. GARANTIAS DO SEGURO

6.1. Este seguro oferece um total de 3 (três) garantias, divididas em:

6.1.1. Garantia Básica: Morte Acidental – MA

6.1.2. Garantias Adicionais:

- a) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
- b) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas – DMH

6.2. Condições para contratação das garantias:

- a) A garantia básica é de contratação obrigatória;
- b) As garantias adicionais poderão ser contratadas pelo estipulante, observados os limites estabelecidos para a contratação e, em nenhuma hipótese, poderão ser contratadas isoladas da garantia básica;
- c) As garantias, quaisquer que sejam, serão concedidas para todo o grupo segurado.

6.3. O QUE ESTÁ COBERTO

6.3.1. MORTE ACIDENTAL

A cobertura de Morte Acidental garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do segurado causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e observadas as condições deste seguro.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

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

6.3.2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas as condições gerais deste seguro.

Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos 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	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver 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(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro 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(cúbitos) Anquilose total de um dos punhos	25 20 25 18
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	25
	Anquilose total de um dos tornozelos	10
	Anquilose total de um quadril	06
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	s/ indenização
Amputação do primeiro dedo		
Amputação de qualquer outro dedo		
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 * de 4 (quatro) centímetros * de 3 (três) centímetros * menos de 3 (três) centímetros:		

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, 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 do 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%, 50% e 25%, respectivamente.

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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).

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.

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.

O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

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

O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e conseqüente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

6.3.3. DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

Esta cobertura garante ao segurado o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, limitado ao valor contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas as condições gerais deste seguro.

A seguradora indenizará as despesas médicas, hospitalares e odontológicas incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do segurado, observados os seguintes critérios:

- a) Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados;
- b) A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico.

7. RISCOS EXCLUÍDOS:

7.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO SEGURO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA 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) condição preexistente de conhecimento do segurado e não declarada na Proposta de Adesão, que contribua direta ou indiretamente na caracterização de um evento previsto nestas Condições Gerais;
- d) suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
- f) atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, em caso de seguro contratado por pessoa jurídica;
- g) epidemias, gripe aviária, envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;
- h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- j) não obstante o que em contrário possam dispor as Condições Gerais e o contrato do presente seguro, fica entendido e concordado que, para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por 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.

- k) intercorrências ou complicações conseqüentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, choque anafilático e suas conseqüências, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;
- l) acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência;
- m) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;
- n) eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 4 destas Condições Gerais;
- o) parto ou aborto, tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas conseqüências, mesmo quando provocado por acidente;
- p) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
- q) perda de dentes e danos estéticos, observando o disposto na alínea “b” do subitem 7.2 destas Condições Gerais;
- r) direta ou indireta de quaisquer perturbações, intoxicações alimentares de qualquer espécie, doenças psiquiátricas e mentais conseqüentes do uso de álcool, de drogas, de entorpecentes ou substâncias tóxicas ou perigosas, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, salvo quando essas substâncias tiverem sido prescritas por um profissional médico habilitado e consumidas de acordo com tal prescrição.

7.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO ITEM 7.1 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO SEGURO, NA GARANTIA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS:

- 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) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- e) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- h) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas conseqüentes;
- i) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- j) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- k) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- l) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós laminectomia, hérnias discais degenerativas e protusões discais degenerativas;
- m) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- n) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

As coberturas são válidas em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA E FRANQUIA

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

9.2. FRANQUIA: Se houver período de franquia para uma cobertura contratada, este será definido nas Condições Particulares da apólice.

9.3. FRANQUIA DEDUTÍVEL: Se houver franquia dedutível para uma cobertura contratada, esta será definido nas Condições Particulares da apólice.

9.4. Não será estabelecida franquia nem franquia dedutível para as coberturas de morte e invalidez permanente.

10. CONTRATAÇÃO

10.1. Este é um seguro não-contributário, destinado a todos os associados definidos pelo estipulante nas Condições Particulares da apólice.

10.2. A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo estipulante na proposta do seguro, bem como pelo segurado na Proposta de Adesão. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

10.3. Para que o proponente seja elegível à contratação do seguro deverá atender, simultaneamente, às seguintes condições:

- a) As idades-limite para contratação deste seguro são de no mínimo 6 (seis) meses e no máximo 99 (noventa e nove) anos completos.
- b) estar em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

10.4. Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na proposta, o estipulante deverá solicitar à seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão da mesma, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto na apólice.

10.5. As Condições Gerais do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva proposta de adesão, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das Condições Gerais.

11. ACEITAÇÃO DO SEGURO

11.1. A seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias corridos para aceitar ou recusar o risco, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, seja para seguros novos ou para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos ou ainda para as renovações. Caberá à seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta de Adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora do seu recebimento.

11.2. Caso a seguradora solicite documentos complementares para análise do risco, o que poderá ser feito apenas uma vez, este prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil após a data em que se der a entrega desses documentos.

11.3. A ausência de comunicação da seguradora, por escrito, no prazo previsto no item 11.1, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

11.4. Caso o seguro venha a ser recusado, dentro do prazo estipulado, a seguradora enviará uma correspondência ao estipulante ou ao seu corretor, especificando os motivos da recusa. Na hipótese em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos sujeitam-se a atualização monetária pela variação positiva do Índice de Preço ao Consumidor Ampliado (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir da formalização da recusa até a data efetiva da restituição pela seguradora, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

11.5. A aceitação do risco implicará na emissão, pela seguradora, do Certificado Individual do Seguro, o qual será entregue ao segurado contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro e os capitais segurados de cada garantia contratada e o prêmio total.

11.6. O pagamento da primeira parcela do seguro, assim como o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão de seguro, caracteriza a ciência, aceitação e concordância, pelo segurado, das Condições Gerais deste seguro.

12. VIGÊNCIA

12.1. A apólice é emitida pelo prazo determinado nas Condições Particulares.

12.2. O início e o término de vigência da apólice será às 24 (vinte e quatro) horas das datas expressamente acordadas entre as partes e indicadas na apólice.

12.3. O início de vigência da apólice será às 24 (vinte e quatro) horas da data da aceitação da proposta, ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, quando não houver pagamento de prêmio. No caso de haver o pagamento de prêmio, o início da vigência será às 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento do prêmio. O término de vigência ocorrerá também às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim indicada na apólice.

12.4. O início e término da vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas das datas previstas no Certificado Individual para tal fim.

13. RENOVAÇÃO

13.1. Este seguro é por prazo determinado e a apólice não será renovada automaticamente na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

13.2. No final do prazo de vigência da apólice, a cobertura de cada segurado cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.

14. CAPITAL SEGURADO

14.1. O capital segurado contratado para cada garantia constará no Certificado Individual do Seguro e é o valor que corresponde à importância máxima a ser paga ou reembolsada pela seguradora, na ocorrência de evento coberto pela apólice, e será expresso em moeda corrente nacional.

14.2. O capital segurado referente ao reembolso de Despesas Médico-Hospitalares é reintegrado a cada novo evento.

15. ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

15.1. Não haverá atualização monetária dos valores de capitais segurados e prêmios.

16. PAGAMENTO DE PRÊMIO

16.1. O prêmio do seguro poderá ser pago à vista ou em parcelas durante o período de vigência da apólice e a forma de cobrança deste seguro será estabelecida no ato da contratação.

16.2. Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio à vista, ou de qualquer uma de suas parcelas, corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o estipulante poderá efetuar o pagamento no 1º (primeiro) dia útil após tal data, em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias.

16.3. Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, este poderá ser pago até o 60º (sexagésimo) dia posterior ao vencimento da parcela em atraso, e será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a conseqüente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

16.4. Decorrido o prazo definido conforme o item 16.3, e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reativada. Havendo interesse da segurada, deverá ser contratado um novo seguro, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento.

16.5. Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela não quita nem dá direito ao segurado à cobertura do seguro, se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

16.6. A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao estipulante, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato, que será efetuado ainda que o estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

16.7. O estipulante obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição de tal correspondência.

16.8. De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao estipulante, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do contrato ou da sua recondução depois de suspenso, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.

17. CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1. A apólice poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante acordo entre a seguradora e o estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago, e com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

17.1.1 Neste caso a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “pro-rata-temporis”.

17.1.2 Neste caso, o prêmio a ser devolvido será corrigido pelo índice IPCA/IBGE, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa do estipulante, ou a partir da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.

17.2. Na falta de pagamento do prêmio, conforme o item 16.4 destas condições gerais, a apólice será cancelada automaticamente pela seguradora.

17.3. A cobertura de qualquer certificado individual termina:

- a) no final do prazo de vigência da apólice coletiva, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;
- b) Em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Gerais;
- c) Com a exclusão do segurado da apólice pelo pagamento da indenização por Morte Acidental;
- d) Com a exclusão do segurado da apólice pelo pagamento da indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente;
- e) Com a cessação do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago.

18. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

18.1. Ocorrendo um evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo estipulante, segurado, beneficiário ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora, no telefone indicado na apólice do seguro e na Carteira de Identificação do segurado.

18.2. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos:

a) Do segurado:

- * RG
- * CPF
- * Certidão de Nascimento ou Casamento
- * Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela seguradora, o qual deverá ser preenchido pelo segurado ou seu beneficiário e o médico assistente do segurado.

b) Do(s) beneficiário(s):

- * Pais: RG e CPF do segurado;
- * Cônjuge: Certidão de Casamento, RG e CPF;
- * Companheira(o): RG e CPF e comprovação de dependência na Carteira Profissional ou no Imposto de Renda ou junto ao INSS;
- * Filhos: Certidão de Nascimento e RG, sendo que:

I - Filhos menores de 16 anos deverão ser representados pelo responsável direto ou representante legal;

II - Filhos maiores de 16 e menores de 21 anos deverão ser assistidos pelo responsável direto ou representante legal.

c) Deverá ser entregue ainda a seguinte documentação por tipo de ocorrência:

EM CASO DE MORTE ACIDENTAL DO SEGURADO:

- * Certidão de Óbito
- * Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente
- * Laudo de Necropsia

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DO SEGURADO:

- * Certidão de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente
- * Relatório detalhado do médico assistente atestando o percentual de Invalidez Permanente
- * Radiografias e outros exames médicos que tenham sido realizados

EM CASO DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DO SEGURADO:

- * 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

19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

19.1. Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências pela mesma determinadas.

19.2. Todos os pagamentos de indenizações referentes a esse seguro serão efetuados no Brasil e em moeda nacional.

19.3. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros para as garantias de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Diária por Internação Hospitalar e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, a data do acidente.

19.4. O prazo para o pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos no item 18.2 destas Condições Gerais. No caso de solicitação de documentos e/ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável, este prazo será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

19.5. Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização estará sujeito a aplicação de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.

19.6. Os valores das indenizações de sinistros ficam sujeitos a atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, a partir da data de ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.

19.7. No caso de segurados menores de idade, a indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será paga conforme a seguir:

a) pessoa com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos, será devidamente representado em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;

b) pessoa com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior à 18 (dezoito) anos, será devidamente assistido em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;

c) Para pessoas com idade inferior a 18 (dezoito) anos sem pai e mãe, a indenização será paga conforme o estabelecido na legislação vigente.

19.8. Em caso de ocorrência de Invalidez Permanente Total por Acidente, seguida de morte do segurado em consequência do mesmo acidente, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da indenização, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula Beneficiária constante do item 25.1 destas condições gerais.

19.9. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente verificar-se a morte do segurado dentro de um ano a contar da data do acidente e em consequência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização devida para a garantia de Morte Acidental, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente.

19.10. Os valores de reembolso das despesas médico-hospitalares serão pagos conforme valores constantes nas respectivas notas fiscais, limitados ao capital segurado e balizados em consonância com valores praticados no mercado.

19.11. Caso o atendimento através da Central de Atendimento seja solicitado para encaminhamento a clínicas de fisioterapia referenciadas, designado por médico responsável e, desde que por evento coberto, a Central estará autorizada a liberar até 10 (dez) sessões para tratamento, limitada a importância segurada. Caso necessário um número maior de sessões, será necessário a formalização do pedido através do formulário próprio.

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

20. JUNTA MÉDICA

20.1. Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, será proposta pela seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de três membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

20.2. 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.

20.3. 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.

20.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

20.5. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

21. PERÍCIA DA SEGURADORA

21.1. Em todas as notificações de internação hospitalar do segurado poderão ser realizadas perícias médicas comprobatórias do enquadramento do evento e do número de dias de internação hospitalar.

21.2. O segurado, ao propor sua adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

21.3. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

21.4. Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

22. PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

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

22.2. As atualizações serão efetuadas com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

22.3. No caso de extinção ou vedação do IPCA/IBGE como índice de atualização de valores, a seguradora utilizará o índice que vier a substituí-lo.

22.4. Em caso de alteração dos critérios de atualização monetária estabelecidos pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) em função de legislação superveniente, fica acordado que as condições previstas neste item serão imediatamente enquadradas às novas disposições.

23. PERDA DE DIREITOS

23.1. O segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando:

- a) deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;
- b) agravar intencionalmente o risco segurado;
- c) por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o segurado, seus propositos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e aos seus representante legal procurar obter benefícios do presente contrato;
- d) fizer declarações inexatas, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível.

II – na hipótese de ocorrência de sinistro, sem indenização integral: 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 permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível;

- e) o sinistro decorrer de dolo, ato ilícito, má-fé, fraude e/ou simulação do segurado.

23.2. O segurado é obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Na hipótese de continuidade do seguro, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1. São obrigações do estipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a seguradora informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- e) discriminar o nome da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- f) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- g) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

h) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

i) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;

j) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

25. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

25.1. Beneficiários em caso de Morte Acidental

A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito e que deverá ser mantida em poder do estipulante.

Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado à cada um.

Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o capital segurado ao antigo beneficiário designado.

Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.

A falta de indicação expressa de beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei:

a) Para segurado casado ou em união estável, 50% ao cônjuge ou companheiro(a) devidamente reconhecido(a) na forma da lei, se houver, e 50% aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária;

b) Na falta dos herdeiros legais, será pago 100% da indenização ao cônjuge ou companheiro(a) devidamente reconhecido(a) na forma da lei;

c) Na falta do cônjuge ou companheiro(a) devidamente reconhecido(a) na forma da lei, será pago 100% da indenização aos herdeiros legais do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária;

d) Na falta de cônjuge, companheiro(a) devidamente reconhecido(a) na forma da lei, e herdeiros legais, respeitada a ordem de vocação hereditária, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

25.2. Beneficiários em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas

Nas garantias de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, 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 o item 25.1 desta cláusula beneficiária.

Para o reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, 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 à indenização.

26. ALTERAÇÃO DA APÓLICE

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

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

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

27. COMUNICAÇÕES

27.1. As comunicações do segurado ou estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito ou via Central de Atendimento. As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na Apólice.

27.2. As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado ou estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do estipulante.

28. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

29. OUVIDORIA

A seguradora dispõe de um canal diferenciado de comunicação direta denominado OUVIDORIA. A Ouvidoria Unibanco AIG funciona como um mediador entre o cliente e a Seguradora. Seu objetivo principal é a defesa dos direitos do cliente perante a Seguradora de forma imparcial e justa, e ainda informar e esclarecer o cliente sobre seus direitos e obrigações de acordo com o contrato e normas atinentes a matéria, prevenindo e evitando conflitos e demandas.

Podem dirigir suas reclamações e/ou pedidos à Ouvidoria Unibanco AIG todos os clientes (segurados, participantes e seus beneficiários) que não concordem com a decisão adotada pela Unibanco AIG e/ou não obtiveram sucesso em seus pleitos junto a Unibanco AIG, e desde que tenham esgotado outros canais de acesso disponíveis (área responsável, SAC e Fale Seguradora) e não tenham recorrido à esfera judicial.

As reclamações/pedidos à Ouvidoria devem ser efetuadas por escrito, contendo no mínimo: o nome do segurado/participante; CPF/CNPJ, ramo do seguro e/ou nome do produto/plano; número da apólice/proposta de inscrição; número do sinistro (se houver); telefone e e-mail para contato.

As reclamações deverão ser endereçadas à:

Unibanco AIG Seguros e Previdência
Ouvidoria
Caixa Postal 110426
São Paulo - SP
Cep: 05422-970

Ou pelo site www.unibancoaig.com.br

30. FORO

30.1. Fica eleito o foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

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