

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO AP PREVISUL

previsul
SEGUROADORA

SUMÁRIO

1 Objetivo do Seguro.....	3
2 Definições.....	3
3 Garantias do Seguro.....	6
4 Riscos Excluídos.....	10
5 Âmbito Geográfico da Cobertura.....	11
6 Carência.....	12
7 Franquia.....	12
8 Contratação do Seguro.....	12
9 Inclusão no Seguro e Aceitação do Seguro.....	13
10 Cobertura Suplementar para Segurados Dependentes.....	14
11 Vigência e Renovação do Seguro.....	14
12 Pagamento do Prêmio.....	15
13 Atualização do(s) Capital(is) Segurado(s) e Prêmio(s).....	16
14 Data do Evento e Reintegração do Capital Segurado.....	17
15 Beneficiário(s).....	17
16 Comunicação e Liquidação de Sinistros.....	18
17 Perda do Direito à Indenização.....	22
18 Cancelamento do Seguro.....	24
19 Cessação da Cobertura Individual.....	24
20 Excedente Técnico.....	25
21 Obrigações do Estipulante.....	26
22 Regime Financeiro.....	27
23 Material de Divulgação.....	28
24 Mora.....	28
25 Foro.....	29
Tabela para Cálculo – Indenização em Caso de Invalidez Permanente.....	29

1 OBJETIVO DO SEGURO

1.1 O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) caso aquele venha a sofrer um acidente pessoal, **exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Gerais e Contratuais do Seguro.**

2 DEFINIÇÕES

2.1 **Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado ou torne necessário o tratamento médico e/ou hospitalar do mesmo, observando-se que:

2.1.1 **Incluem-se nesse conceito:**

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

2.1.2 **Excluem-se desse conceito:**

- a) **as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as 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) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

2.2 Aeronave: para fins deste Seguro, são somente os aviões, de linha regular, destinados a vôos comerciais licenciados pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) ou previstos no Official Airline Guide.

2.3 Âmbito Geográfico de Cobertura: é a delimitação física da(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.4 Apólice: é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a celebração do Contrato do Seguro Coletivo.

2.5 Beneficiário: é a pessoa designada pelo Segurado para receber a indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado. O Segurado poderá designar, caso não exista impedimento legal, mais de um Beneficiário.

2.6 Capital Segurado: é a importância máxima a ser paga ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) em função do valor estabelecido para as garantias de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Morte Acidental decorrente de Queda de Avião (MAQA) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) contratadas, vigente na data do evento.

2.7 Certificado Individual: é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação ou renovação do Seguro, informa o prazo de vigência da cobertura individual, o valor do Capital Segurado e o prêmio total do Seguro.

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

2.9 Condições Gerais: são as cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo os direitos e deveres do Segurado, da Seguradora, dos beneficiários e do Estipulante.

2.10 Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

2.11 Consignante: é a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

2.12 Declaração Pessoal de Saúde e Atividades: é o questionário que deverá ser respondido pelo Proponente, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado.

2.13 **Diária Segurada:** é a importância a ser paga ao Segurado em função do valor estabelecido para a garantia adicional de Diárias por Internação Hospitalar em decorrência de Acidente Pessoal (DIHA), vigente na data do evento.

2.14 **Doença:** é a perturbação da condição de saúde do Segurado, caracterizada por intermédio de um processo mórbido que torne necessária a sua internação hospitalar, **não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.**

2.15 **Estipulante:** é a pessoa natural ou jurídica que administra a Apólice e representa os segurados perante a Seguradora, tendo suas obrigações definidas nas Condições Gerais do Seguro.

2.16 **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.17 **Excedente Técnico:** é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice Coletiva, em determinado período.

2.18 **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de sinistro à Seguradora.

2.19 **Franquia:** é o período de tempo que não será considerado para o cálculo da indenização devida por uma determinada garantia do Seguro.

2.20 **Garantias:** são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

2.21 **Grupo Segurado:** é constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido aceitos como segurados, desde que já tenha iniciado a vigência da cobertura individual.

2.22 **Grupo Segurável:** é o conjunto de pessoas que mantém vínculo com o Estipulante.

2.23 **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.

2.24 **Indenização:** é o valor devido pela Seguradora, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), correspondente ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado.

2.25 **Internação Hospitalar:** para fins deste Seguro, caracteriza-se como o período de tempo mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança pelo hospital/clínica de uma Diária Hospitalar. Em casos de hospitais gratuitos, deverá ser apresentado a documentação que comprove a internação hospitalar.

2.26 **Liquidação do Sinistro:** é o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.

2.27 **Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. **Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

2.28 **Prêmio:** é o valor que o Segurado e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assumam a responsabilidade pela(s) garantia(s) contratada(s).

2.29 **Proponente:** é a pessoa que propõe sua adesão ao Seguro e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

2.30 **Proposta de Adesão:** é o instrumento mediante o qual o Proponente expressa a intenção de participar do Seguro, **especificando seus dados cadastrais e manifestando pleno conhecimento e concordância com as regras estabelecidas nas respectivas Condições Contratuais.**

2.31 **Proposta de Contratação:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

2.32 **Regime Financeiro de Repartição Simples:** é aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações neste mesmo período.

2.33 **Reintegração do Capital Segurado:** é a recomposição do Capital Segurado após liquidação do sinistro.

2.34 **Riscos Excluídos:** são eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

2.35 **Segurado:** é o Proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.

2.36 **Seguradora:** é a Companhia de Seguros Previdência do Sul, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

2.37 **Sinistro:** é a ocorrência de um evento coberto previsto contratualmente.

2.38 **Vigência do Seguro:** é o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.

2.39 **Vigência da Cobertura Individual:** é o período em que o Segurado está coberto pela(s) garantia(s) deste Seguro.

3 GARANTIAS DO SEGURO

3.1 As garantias do Seguro dividem-se em básicas e adicionais, **sendo que o Seguro deve abranger pelo menos uma das garantias básicas.**

3.2 Garantias Básicas:

3.2.1 Morte Acidental (MA): é a garantia do pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte do Segurado ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do Seguro.

a) Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se **exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral**, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que se incluem entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e **não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros**.

3.2.2 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): é a garantia do pagamento de uma Indenização ao próprio Segurado, relativo à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste Seguro.

a) Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de Invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, **conforme Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente**, anexa às presentes Condições Gerais.

b) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, **à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).**

c) Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado.

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

e) 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.

- f) **A invalidez permanente deve ser comprovada através da declaração médica.**
- f.1) **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta garantia.**
- g) **A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).**
- h) **A indenização por Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.**
- i) **Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez permanente total por acidente, ou seja, uma invalidez avaliada em um grau de 100%, o Seguro será automaticamente cancelado.**

3.3 Garantias Adicionais:

3.3.1 Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA): é a garantia do pagamento de uma Diária Segurada ao próprio Segurado, de acordo com o valor contratado, para cada dia de internação hospitalar desse. **Estarão cobertas somente as internações hospitalares decorrentes de acidente pessoal ocorrido durante a vigência do Seguro, desde que iniciadas em até 30 (trinta) dias da data do acidente.**

a) **Esta garantia está limitada ao pagamento de, no máximo, 180 (cento e oitenta) diárias por evento, respeitado o prazo de franquia previsto no item 7 destas.**

a.1) **Pelo mesmo acidente, as diárias indenizadas não poderão superar o limite de 180 (cento e oitenta) dias.**

a.2) **A contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.**

b) **Caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s).**

b.1) **O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.**

b.2) **Na falta de indicação do(s) Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a(s) Diária(s) Segurada(s) será(ão) paga(s) por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.**

b.3) Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

3.3.2 Morte Acidental decorrente de Queda de Avião (MAQA): é a garantia do pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte acidental do Segurado exclusivamente decorrente de acidente aéreo coberto.

a) **Estarão cobertos somente os acidentes ocorridos durante a vigência do Seguro e durante voo regular nacional ou internacional, de companhia aérea comercial operando sob licença atualizada e válida, entre aeroportos comerciais.**

a.1) **A aeronave deverá ser licenciada pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) ou estar prevista no Official Airline Guide.**

b) Incluem-se no conceito de acidente com a aeronave:

b.1) Ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, bem como a despressurização;

b.2) Pane no motor, nas turbinas, ou em qualquer outro equipamento, bem como a falha humana, que tenham ou não como consequência a queda da aeronave;

b.3) Pousos forçados;

b.4) Colisão com qualquer obstáculo fixo ou em movimento;

b.5) Falha humana; e

b.6) Queda acidental na água.

c) **A garantia definida neste item começa com o início da movimentação da aeronave após o fechamento da porta e termina com o desligamento dos motores após a aterrissagem.**

d) Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se **exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral**, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que se incluem entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e **não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

3.3.3 Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO): é a garantia do reembolso das despesas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente. **A Seguradora indenizará por evento as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares, incluídas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado, até o valor contratado para a referida garantia.**

a) **Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:**

a.1) **estados de convalescença (após a alta médica)**

e as despesas de acompanhantes; e

a.2) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

b) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

4 RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

4.1.1 de qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, 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;

4.1.2 de ato ilícito doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro; e no caso de seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;

4.1.3 do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

4.1.4 de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;

4.1.5 de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;

4.1.6 de atos terroristas;

4.1.7 do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da cobertura individual;

4.1.8 de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

4.1.9 de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;

4.1.10 de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de

atos ilícitos ou contrários à lei;

4.1.11 de cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos na vigência do Seguro;

4.1.12 de tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;

4.1.13 de lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoal coberto;

4.1.14 de internações decorrentes de doenças cerebrovasculares, ainda que possam ser identificadas pela expressão “acidentes vasculares cerebrais”; e

4.1.15 de perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

4.2 Além dos riscos definidos no item 4.1, estão expressamente excluídos da garantia de Diárias por Internação decorrente de Acidente Pessoal (DIHA) deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

4.2.1 de tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal; e

4.2.2 de procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório.

4.3 Além dos riscos definidos no item 4.1, estão expressamente excluídos da garantia de Morte Acidental decorrente de Queda de Avião (MAQA) deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

4.3.1 de acidentes ocorridos em qualquer tipo de voo que não esteja licenciado pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) ou previsto no Official Airline Guide;

4.3.2 de acidentes ocorridos em voos em aeronaves fretadas e/ou não regulares; e

4.3.3 os tripulantes, quando em exercício de sua profissão.

4.4 Os riscos excluídos previstos nos itens 4.1.4 e 4.1.10 não se aplicam aos casos em que o acidente pessoal sofrido pelo Segurado provier 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.

5 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1 As garantias do Seguro previstas nestas Condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6 CARÊNCIA

6.1 Não haverá carência para acidentes pessoais, **exceto em caso de suicídio ou da tentativa de suicídio que deverá ser respeitada uma carência de 24 (vinte e quatro) meses**, contados a partir do início de vigência da cobertura individual

7 FRANQUIA

7.1 **A garantia adicional de Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA) está sujeita à franquia de 1 (um) dia, ou seja, somente estarão cobertas pelo Seguro as internações hospitalares efetivadas a partir, inclusive, do segundo dia da respectiva internação hospitalar.**

8 CONTRATAÇÃO DO SEGURO

8.1 O Seguro deverá ser contratado mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação pelo Proponente Estipulante, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado.

8.2 Recebida Proposta de Contratação pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Contratação por escrito ao Proponente Estipulante, o Seguro considera-se aceito.

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

8.2.2 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise da Proposta de Contratação.

8.3 **A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar do Proponente Estipulante, apenas uma vez, a documentação que achar necessária. Nestes casos, o prazo previsto no item 8.2 destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.**

8.4 A não aceitação da Proposta de Contratação será comunicada ao Proponente Estipulante por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, conseqüentemente, cancelamento da Proposta de Contratação.

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

9 INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1 A inclusão de possíveis segurados principais é feita por adesão ao Seguro conforme especificado no Contrato de Seguro:

9.1.1 Adesão compulsória, quando o Seguro vier a abranger todo o grupo segurável; ou

9.1.2 Adesão facultativa, quando o Seguro vier a abranger somente os componentes do grupo segurável que desejarem ingressar na Apólice.

9.2 Poderão ser incluídos no Seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

9.2.1 A celebração ou alteração do Contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante Proposta assinada pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros.

9.2.2 Na Proposta de Adesão constará uma cláusula na qual os proponentes declaram ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais do Seguro.

9.3 A critério da Seguradora, poderão ser aceitos, após análise da Proposta de Adesão, os componentes do grupo segurável que satisfizerem as Condições estabelecidas no Contrato assinado com o Estipulante.

9.4 Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não considera-se aceito.

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

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

9.5 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco e da Proposta de Adesão.

9.6 A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar, uma única vez, que o Proponente apresente laudos médicos e/ou exames médico/laboratoriais e/ou se submeta à realização de exames médico/laboratoriais por profissionais por ela indicados. Nestes casos, o prazo previsto no item 9.4 destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

9.7 A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada ao proponente por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, conseqüentemente, cancelamento da Proposta de Adesão.

9.8 Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio

da Proposta de Adesão.

9.9 A cada Segurado incluído no Seguro será enviado um Certificado Individual.

9.10 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.

10 COBERTURA SUPLEMENTAR PARA SEGURADOS DEPENDENTES

10.1 Quando previsto no Contrato de Seguro, poderão ser incluídos no Seguro, como segurados dependentes, os cônjuges e/ou filhos do Segurado Principal.

10.2 Conforme especificado no Contrato de Seguro, a inclusão de cônjuge e/ou filhos no Seguro poderá ser feita das seguintes formas:

10.2.1 Adesão Automática, quando abranger os cônjuges e/ou filhos de todos os segurados principais; ou

10.2.2 Adesão Facultativa, quando abranger os cônjuges e/ou filhos dos segurados principais que assim o autorizarem.

10.3 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.

10.4 Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal.

10.5 Quando ambos os cônjuges forem segurados principais do mesmo grupo segurado, os filhos poderão ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal.

10.6 O Capital Segurado do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato de Seguro.

10.7 O Capital Segurado dos filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato de Seguro.

10.7.1 Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.

10.8 Os prêmios relativos aos segurados dependentes serão pagos pelo Segurado Principal junto com os prêmios de suas próprias garantias.

10.9 As condições para cessação da cobertura individual dos segurados dependentes estão definidas no item 19.5 destas.

11 VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

11.1 A vigência da Apólice, bem como a vigência das coberturas

individuais, serão especificadas no Contrato de Seguro.

11.1.1 O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão ou de outra data acordada entre a Seguradora e o Estipulante, sendo esta ratificada no Contrato de Seguro e no Certificado Individual.

11.1.2 As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

11.1.3 O presente Seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos do Contrato de Seguro.

11.2 A renovação da Apólice, que não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, poderá ser realizada por intermédio do Estipulante.

11.2.1 A renovação automática do Seguro poderá ser feita uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.

11.2.2 A renovação automática não se aplica para os casos em que o Estipulante comunique, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.

11.3 Quando da renovação da Apólice ou durante a vigência do Seguro, qualquer modificação ocorrida na Apólice, deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Estipulante ou de seu representante legal, ratificada pelo correspondente endosso, sendo que se essa alteração implicar em ônus ou dever para os segurados, dependerá de anuência de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

11.4 O desinteresse pela renovação da Apólice, ao fim do período de vigência, deverá ser comunicado pela Seguradora ou pelo Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência, salvo disposição contrária constante do Contrato de Seguro.

11.5 Será enviado novo Certificado Individual aos segurados em cada uma das renovações do Seguro.

12 PAGAMENTO DO PRÊMIO

12.1 O custeio do Seguro poderá ser:

12.1.1 Contributário, em que os segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente; ou

12.1.2 Não contributário, em que os segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago pelo Estipulante.

12.2 O prêmio do Seguro poderá ser pago nas formas à vista, mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral e anual, não havendo incidência de juros sobre as mesmas, sendo apurado mediante a simples divisão do prêmio pelo número de parcelas acordadas.

12.3 Sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, **ficando este responsável por seu repasse à Seguradora**, conforme as Condições estabelecidas no Contrato de Seguro. **O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não prejudicará o Segurado.**

12.4 **É expressamente vedado ao Estipulante e à Seguradora o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do Seguro.** Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio. **É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.**

12.5 **Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do Segurado por escrito.**

12.6 Quando a data limite para pagamento do prêmio coincidir com feriado bancário ou final de semana, o pagamento poderá ser efetuado, sem atualização e os juros previstos no item 12.8, no primeiro dia útil subsequente.

12.7 Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

12.8 **Os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez, atualizados pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data do vencimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento, e acrescidos ainda de juros de 12% a.a. (doze por cento ao ano).**

12.8.1 **Após dois prêmios, consecutivos ou alternados, devidos e não pagos, o Seguro será cancelado conforme previsto no item 18.1.**

12.9 Os tributos incidentes sobre a contratação do Seguro serão recolhidos na forma da Lei.

13 ATUALIZAÇÃO DO(S) CAPITAL(IS) SEGURADO(S) E PRÊMIO(S)

13.1 **O(s) Capital(is) Segurado(s), a Diária Segurada e o(s) prêmio(s) será(ão) atualizado(s) a cada aniversário do Seguro com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de**

Geografia e Estatística (INPC/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

13.1.1 Nas apólices de Seguro onde os Capitais Segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão recalculados conforme a variação dos salários, no momento em que o Estipulante comunicar à Seguradora.

13.2 Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

13.3 Caso o Segurado deseje aumentar espontaneamente o(s) seu(s) Capital(is) Segurado(s) e Diária Segurada, a parcela do aumento estará sujeita a subscrição de uma nova Proposta de Adesão. Para tanto, a parcela do referido aumento será considerada como um Seguro Novo, cuja aprovação dependerá de prévia apreciação por parte da Seguradora.

13.4 A atualização monetária não se aplica às apólices com vigência inferior a um ano.

13.5 Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) serão atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) até a data de ocorrência do sinistro, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

14 DATA DO EVENTO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

14.1 Para efeito de determinação do Capital Segurado e/ou da Diária Segurada, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

14.2 A reintegração do Capital Segurado relativo às garantias de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e de Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA) é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

14.3 O Capital Segurado da garantia de Invalidez Permanente Parcial por Acidente (IPA) somente será reintegrado em caso de invalidez parcial, e será automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

14.3.1 Em caso de invalidez permanente total por acidente, não haverá reintegração do Capital Segurado relativo à garantia adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e o Seguro será automaticamente cancelado.

15 BENEFICIÁRIO(S)

15.1 O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.

15.2 Na falta de indicação do Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

15.3 Na falta de indicação de beneficiários será observada a gradação legal.

15.4 Uma pessoa jurídica só poderá ser Beneficiário do Seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

15.5 No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), de Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA) ou de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), o próprio Segurado será o Beneficiário.

15.6 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

16 COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

16.1 Em caso de sinistro, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro a ser fornecido pela Seguradora, e provar inequivocadamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados no item 16.3.

16.2 O prazo para pagamento da indenização, por parte da Seguradora, é limitado a 30 (trinta) dias contados a partir da entrega, pelo Segurado ou Beneficiário, da documentação básica necessária para a regulação do sinistro, definida no item 16.3 destas Condições Gerais.

16.2.1 Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar nova documentação. Neste caso, a contagem do prazo para o pagamento da indenização será suspensa e voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências solicitadas.

16.3 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

16.3.1 Em caso de morte acidental:

a) formulário de Aviso de Sinistro, devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo seu preposto/Beneficiário e pelo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.);

- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
 - c) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
 - d) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - e) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
 - f) cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
 - g) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
 - h) cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;
 - i) certificado de seguro;
 - j) declaração de filhos firmada em cartório e assinada por duas testemunhas, informando quantos e quais são os filhos do segurado, se os filhos forem beneficiários;
 - k) cópia do Comprovante de Residência do Segurado; e
 - l) documentos do(s) Beneficiário(s):
 - l.1) cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF, além de informações sobre os dados bancários;
 - l.2) companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento, além de informações sobre os dados bancários;
 - l.3) filhos menores de 16 anos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento, além de informações sobre os dados bancários;
 - l.4) filhos maiores de 16 anos: cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência, além de informações sobre os dados bancários;
 - l.5) pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, além de informações sobre os dados bancários; e
 - l.6) beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito.
- 16.3.2 Em caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente:
- a) formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.);
 - b) cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez;
 - c) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
 - d) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- e) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- f) cópia do boletim de pronto atendimento hospitalar;
- g) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- h) cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;
- i) certificado de seguro;
- j) formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado;
- e
- k) cópia do comprovante de Residência do Segurado.

16.3.3 Em caso de diárias por internação hospitalar decorrente de acidente pessoal:

- a) formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu preposto/Beneficiário e pelo respectivo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;
- d) exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- e) cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;
- f) certificado de seguro;
- g) formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado;
- e
- h) cópia do comprovante de Residência do Segurado.

16.3.4 Em caso de morte acidental decorrente de queda de avião:

- a) os mesmos documentos relacionados no item 16.3.1;
- b) lista oficial dos passageiros fornecida pela companhia aérea;
- c) cópia do Laudo Exame de Necrópsia do Segurado;
- d) cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;
- e) cópia do documento de ocorrência expedido pela autoridade competente;
- f) cópia do Brevê e do Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
- g) cópia da sentença judicial declaratória de ausência,

devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

16.3.5 Em caso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas:

- a) formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;
- c) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- e) recibos originais de pagamentos efetuados aos prestadores de serviços médico-hospitalares;
- f) cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;
- g) certificado de seguro;
- h) formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado;
- e
- i) cópia do comprovante de Residência do Segurado.

16.4 Em caso de sinistro ocorrido em até 30 (trinta) dias do 2º (segundo) prêmio não pago, o Capital Segurado será pago deduzido dos prêmios devidos, calculados conforme previsto no item 12.8.

16.5 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

16.6 No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

16.6.1 O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o Capital Segurado contratado, atualizado monetariamente.

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

16.8 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

16.9 O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado e/ou Diária Segurada vigente na data do evento.

16.9.1 Caso o pagamento não seja efetuado no prazo previsto no item 16.2, deverá ser observado o disposto no item 24.1.

16.9.2 O não pagamento da indenização no prazo previsto no item 16.2 implicará na aplicação de juros moratórios a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização.

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

16.10 Possuindo o Segurado mais de um Seguro, nesta ou em outra seguradora, garantindo o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados pelo Segurado proporcionalmente aos limites segurados para a garantia em todas as apólices em vigor, nesta ou em outras Seguradoras, na data do evento.

16.11 Divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza ou extensão das lesões ou doenças, devem ser submetidas a uma junta médica, proposta pela Seguradora por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias contados a partir da data da contestação. A junta médica será constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

16.11.1 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro, desempataador, será paga por ambos, em partes iguais.

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

16.12 As indenizações decorrentes das garantias de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPA), Morte Acidente decorrente de Queda de Avião (MAQA) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) serão pagas sob a forma de pagamento único.

16.13 As indenizações decorrentes da garantia de Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA) serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período indenizável de 180 (cento e oitenta) dias.

16.14 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

17 PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

17.1 O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do(s) prêmio(s)

vencido(s), caso haja por parte dos mesmos, seus prepostos, seu(s) corretor(es) de seguros ou seu(s) Beneficiário(s):

17.1.1 inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão que tenham influenciado na aceitação do Seguro;

17.1.2 inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações que tenham influenciado no valor do prêmio;

17.1.3 inobservância das obrigações convencionadas na Apólice;

17.1.4 fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências;

17.1.5 inobservância das obrigações convencionadas na Apólice; e/ou

17.1.6 se houver, intencionalmente, o agravamento do risco Segurado.

17.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, prevista no subitem 17.1.1, não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade seguradora poderá:

17.2.1 na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

17.2.2 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

a) cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

17.2.3 na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

17.3 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o 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.

17.3.1 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 seguro ou, mediante acordo entre as partes,

restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

17.4 Nulo será o Contrato para garantia de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.

17.5 O(s) Beneficiário(s) não terão direito ao Capital Segurado quando o Segurado se suicidar nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial da cobertura individual.

18 CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1 Em caso de inadimplência por falta de pagamento de 2 (dois) prêmios, consecutivos ou alternados, o Seguro será cancelado 30 (trinta) dias após da data do vencimento do segundo prêmio não pago.

18.1.1 Nos seguros contributários, a Seguradora notificará o Segurado, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

18.1.2 Nos seguros não contributários, em que os prêmios são pagos pelo Estipulante, a Seguradora notificará o mesmo, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

18.2 Caso não haja o pagamento do primeiro prêmio, a contratação do seguro não estará concretizada, não existindo qualquer tipo de cobertura securitária, em momento algum.

18.3 Mediante acordo entre as partes contratantes e com anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, a Seguradora ou o Estipulante, poderá solicitar o cancelamento da Apólice mediante manifestação formal em até 60 (sessenta) dias da data de aniversário da mesma.

18.4 No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa tanto da Seguradora quanto do Estipulante e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo de vigência decorrido.

18.5 O Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

19 CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

19.1 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

19.2 O prazo de vigência da cobertura individual pode ser abreviado em razão do cancelamento da Apólice ou de sua não renovação, desde que não haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice.

19.2.1 Caso haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice, será mantida a cobertura de tais riscos até a extinção dos mesmos, contudo não será aceito o recebimento de novos prêmios para novos períodos de vigência.

19.3 A cobertura individual cessa quando da ocorrência de sinistro vinculado à garantia Morte Acidental (MA), ou então quando da ocorrência de sinistro vinculado à garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), desde que a invalidez apresentada pelo Segurado seja total, ou seja, uma invalidez avaliada em um grau de 100% (cem por cento).

19.4 Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda:

19.4.1 com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, podendo, neste caso, o Segurado optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo integralmente os custos do risco e de cobrança; ou

19.4.2 quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

19.5 Além das situações mencionadas, a cobertura de cada Segurado Dependente cessa:

19.5.1 se for cancelada a cobertura do Segurado Dependente;

19.5.2 se o Segurado Principal deixar o grupo segurado;

19.5.3 com a morte ou a invalidez total por acidente do Segurado Principal;

19.5.4 no caso de cessação da condição de Dependente; ou

19.5.5 a pedido do Segurado Principal.

20 EXCEDENTE TÉCNICO

20.1 Se previsto no Contrato de Seguro, poderá ser instituída a cláusula de excedente técnico da forma que segue:

20.1.1 A referida cláusula estabelecerá as condições de distribuição, ao Estipulante e/ou aos segurados do grupo, dos resultados técnicos da Apólice Coletiva.

- a) Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:
- a.1) prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos; e
 - a.2) estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
- b) São despesas mínimas para fins de apuração dos resultados técnicos:
- b.1) comissões de corretagem pagas durante o período;
 - b.2) comissões de administração pagas durante o período;
 - b.3) valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
 - b.4) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e
 - b.5) despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante.
- c) As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:
- c.1) o respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
 - c.2) o aviso à seguradora, para sinistros;
 - c.3) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
 - c.4) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

20.2 A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no Contrato de Seguro até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou Estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no Contrato de Seguro, observando o disposto no item 20.4.

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

20.4 Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida no Contrato de Seguro.

20.5 Nos seguros, contributários ou parcialmente contributários, em que houver cláusula de excedente técnico será incluída no Certificado Individual a informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

21 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

21.1 Constituem obrigações do Estipulante:

21.1.1 fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

21.1.2 manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

21.1.3 fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;

21.1.4 discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

21.1.5 repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

21.1.6 repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

21.1.7 comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

21.1.8 dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

21.1.9 fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

21.1.10 informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;

21.1.11 discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado; e

21.1.12 comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado.

21.2 Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a cobrança de juros e atualização monetária ou o cancelamento das garantias, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

22 REGIME FINANCEIRO

22.1 Tendo em vista que o presente Seguro é estruturado dentro do Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios para segurados e/ou Estipulante.

23 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

23.1 A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições da Apólice e as normas do Seguro.

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

24 MORA

24.1 A mora da Seguradora constituir-se-á, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável, a partir do término do prazo previsto no item 16.2 para a regulação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, a partir do 10º (décimo) dia em que se tornar exigível.

24.1.1 Em caso de devolução de prêmio em decorrência do cancelamento do Seguro, considera-se como data de exigibilidade a data de solicitação do cancelamento ou, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora, a data do efetivo cancelamento.

24.2 Em caso de mora, a taxa de juros aplicável corresponderá a 12% a.a. (doze por cento ao ano), vedada a aplicação de taxa superior, sendo efetuada, ainda, a atualização do Capital Segurado e/ou Diária(s) Segurada(s) pela variação positiva do INPC/IBGE, considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

24.2.1 Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

25 FORO

25.1 O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será o do domicílio do Segurado, do Beneficiário ou do Estipulante, conforme o caso.

TABELA PARA CÁLCULO - INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Inval Perm	Discriminação	% sobre CS	Discriminação	% sobre CS
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um inferior	100	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100	Alienação mental total incurável	100
Parcial Diversas	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	Perda total do uso de um dos membros superiores	70	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádioulnares	30
	Ancilose total de um dos ombros	25	Ancilose total de um dos cotovelos	25
	Ancilose total de um dos punhos	20	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18	Perda total do uso da falange distal do polegar	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 tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20	Fratura não consolidada de um pé	20
	Ancilose total de um dos joelhos	20	Ancilose total de um dos tornozelos	20
	Ancilose 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	03
	Encurtamento de um dos membros inferiores:			
	De 5 (cinco) centímetros ou mais	15	Perda total do uso de uma falange do 1o. Dedo, indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	De 4 (quatro) centímetros ou mais	10		
	De 3 (três) centímetros	06		
Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização				