

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO COLETIVO DE PESSOAS ENTRETENIMENTO

Janeiro 2023

Sumário

PARTE I	3
CLÁUSULA 1 – INFORMAÇÕES PRELIMINARES.....	3
CLÁUSULA 2 - OBJETIVO DO SEGURO.....	3
CLÁUSULA 3 - COBERTURAS.....	3
CLÁUSULA 4 - RISCOS COBERTOS	4
CLÁUSULA 5 - RISCOS EXCLUÍDOS	4
CLÁUSULA 6 - ACEITAÇÃO DO SEGURO	5
CLÁUSULA 7 - CAPITAL SEGURADO.....	6
CLÁUSULA 8 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA.....	7
CLÁUSULA 9ª - CARÊNCIAS E FRANQUIAS	7
CLÁUSULA 10 - PAGAMENTO DO PRÊMIO	7
CLÁUSULA 11 - ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS	9
CLÁUSULA 12 - BENEFICIÁRIOS	10
CLÁUSULA 13 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	10
CLÁUSULA 14 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO.....	12
CLÁUSULA 15 - RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	13
CLÁUSULA 16 - SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO	13
CLÁUSULA 17 - CANCELAMENTO DO SEGURO	13
CLÁUSULA 18 - PERDA DE DIREITO	14
CLÁUSULA 19 - CESSAÇÃO DA COBERTURA	15
CLÁUSULA 20 - ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS.....	16
CLÁUSULA 22 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA.....	16
CLÁUSULA 23 - REGIME FINANCEIRO	16
CLÁUSULA 24 - SUB-ROGAÇÃO	17
CLÁUSULA 25 - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	17
CLÁUSULA 26 - FORO	17
PARTE II	18
GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS	18
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL	21
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	23
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA.....	28
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS	29
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADAS POR ACIDENTE (DIT).....	32

PARTE I

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO COLETIVO DE PESSOAS – ENTRETENIMENTO

CLÁUSULA 1 – INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. A aceitação desta proposta estará sujeita à análise do risco;
- 1.2. Somente mediante entrega de proposta, preenchida e assinada pelo Segurado, por seu representante legal, ou corretor de seguros habilitado, o presente seguro poderá ser contratado, alterado, prorrogado ou renovado;
- 1.3. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 1.4. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 1.5. Mediante a contratação deste seguro, somente serão consideradas como **coberturas contratadas** aquelas expressamente ratificadas na apólice, tornando-se nulas e sem efeitos quaisquer outras a seguir descritas.
- 1.6. Para as situações não previstas nestas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil;
- 1.7. Mediante a contratação deste seguro, o Segurado e/ou Estipulante aceitam as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Contratuais.

CLÁUSULA 2 - OBJETIVO DO SEGURO

O objetivo deste seguro é garantir o pagamento da indenização ao próprio Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos pelo seguro, desde que previsto nas condições e cláusulas deste seguro e de acordo com as coberturas contratadas pelo Estipulante.

CLÁUSULA 3 - COBERTURAS

São previstas as seguintes coberturas:

3.1 Coberturas Básicas

- a) Morte Acidental;
- b) Invalidez Permanente total ou parcial por acidente;
- c) Morte por qualquer causa

3.2 Coberturas Adicionais

- a) Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas decorrentes de acidentes.
- b) Diárias por Incapacidade Temporária Causadas por Acidente (DIT).

3.3. As coberturas básicas poderão ser contratadas isoladamente ou em conjunto com quaisquer outras coberturas previstas. As coberturas adicionais somente poderão ser contratadas em conjunto com uma ou mais coberturas básicas. As coberturas contratadas estarão expressamente ratificadas na Apólice.

CLÁUSULA 4 - RISCOS COBERTOS

Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos àqueles expressamente convencionados nas cláusulas das coberturas devidamente ratificadas na Apólice, que dela fazem parte integrante e inseparável, e que, salvo expressa menção em contrário, ocorram em todo o globo terrestre.

CLÁUSULA 5 - RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 - Estão expressamente excluídos das coberturas contratadas pelo presente Seguro, os sinistros ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e deles decorrentes;**
- c) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;**
- d) atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores do Estipulante, seus dirigentes e/ou administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes.**

5.2 – Embargos e Sanções

5.2.1. Estão excluídos da cobertura dessa Apólice todos e quaisquer riscos cuja cobertura e/ou eventual pagamento da respectiva indenização securitária, implicaria na obrigação da Seguradora de atuar de forma a atrair, em razão de embargos e sanções comerciais e econômicos, ações punitivas para a Seguradora, seu grupo econômico e administradores, por parte dos Estados Unidos da América, do Reino Unido, da União Europeia conforme descrito nas listas de embargos e sanções a seguir:

- a) Reino Unido e União Europeia:** <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>
- b) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA):** <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>

5.2.1.1. Estão ainda excluídos da cobertura dessa Apólice, todos e quaisquer riscos cujo imediato pagamento da respectiva indenização securitária esteja vedado, , por embargos e sanções comerciais e econômicos internacionais impostos por entidades multilaterais integradas pelo Brasil , tais como, mas não se limitando, o GAFI (Grupo de Ação Financeira contra a Lavagem de Dinheiro e o Financiamento do Terrorismo) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

5.2.2. Na hipótese de estar vedado nos termos da presente exclusão, o pagamento de qualquer parcela do capital segurado originalmente destinada aos beneficiários livremente indicados pelo proponente ou, se não tiver sido feita tal indicação ou se por qualquer outro motivo não puder prevalecer esta escolha aos beneficiários referidos pelo art. 792 do Código Civil, tal parcela do capital segurado deverá ser paga, conforme seja o caso, integralmente aos demais beneficiários legais na mesma condição ou aos beneficiários seguintes na ordem dada pelo art. 792 do Código Civil.

CLÁUSULA 6 - ACEITAÇÃO DO SEGURO

6.1 - A celebração, alteração ou a renovação não automática deste Seguro somente poderá ser feita mediante proposta de contratação assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado. A adesão dos segurados à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, pelo proponente, da proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

6.1.1. Após o recebimento da proposta pela Seguradora, deverá ser fornecido ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

6.2 - Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente aditivo.

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

6.3 - A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se tacitamente sobre a aceitação ou recusa da proposta, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

6.4 - Caso o proponente do seguro seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no subitem 6.3 anterior.

6.4.1 - No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 6.3 anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

6.5 - Nos casos em que a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, os prazos previstos no subitem 6.3 anterior serão suspensos, até que o ressegurador se manifeste formalmente sobre a aceitação.

6.5.1 - Na hipótese prevista no subitem anterior, é vedada a cobrança de prêmio total ou parcial, até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta.

6.6 – A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação da Seguradora nos prazos previstos acima caracterizará a aceitação tácita da proposta.

6.7 - Em caso recusa do risco onde tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, será concedido cobertura provisória até 2 (dois) dias após a data da formalização da recusa, onde o valor do adiantamento é devido no momento da sua formalização, 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.

6.8 - É facultado à Seguradora solicitar, quando da assinatura da proposta ou da solicitação de aumento do valor do capital segurado, para efeito de subscrição, informação do proponente ou do segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

6.9 A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:

- I - a data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;
- II - a data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou
- III - a data de término do prazo previsto no item 6.3, quando caracterizada a aceitação tácita da proposta prevista no item 6.6. anterior.

6.10 – A Seguradora providenciará, obrigatoriamente, a emissão e envio do certificado individual em até 15 (quinze) dias contados da data da aceitação da proposta no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

6.10.1. Nos casos onde ocorra a emissão e envio do certificado individual dentro do prazo previsto no item 6.3, fica a Seguradora desobrigada a comunicar o segurado sobre a aceitação tácita do Seguro.

CLÁUSULA 7 - CAPITAL SEGURADO

7.1 - O capital segurado corresponderá ao valor estabelecido pelo Estipulante, de valor igual e uniforme para todos os segurados participantes da Apólice e representa o valor máximo a ser pago ou reembolsado pela sociedade seguradora no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice.

7.1.1 – O total de segurados corresponderá inicialmente à quantidade indicada na Proposta de Seguro, cabendo ao Estipulante atualizar a movimentação (admissões e demissões) dos segurados ao tempo em que ocorrerem, no decorrer do período de vigência da Apólice.

7.2 - Considera-se como data do sinistro, para efeito de determinação do capital segurado quando da liquidação dos sinistros, a data de ocorrência do sinistro.

7.3 - Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados conforme disposto na Cláusula 22 - Atualização Monetária das Obrigações Pecuniárias, Juros e Mora até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

CLÁUSULA 8 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

8.1 – Estarão cobertos os sinistros ocorridos em todo o globo terrestre.

CLÁUSULA 9ª - CARÊNCIAS E FRANQUIAS

9.1 – Para este Seguro não são aplicadas carências, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, em que a carência será de dois anos ininterruptos, contados da data de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

9.2 – É prevista a aplicação de franquia temporal para a cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária causadas por acidente, limitada ao máximo de 15 (quinze) dias.

CLÁUSULA 10 - PAGAMENTO DO PRÊMIO

10.1 - Este seguro poderá ser pago a vista ou através do fracionamento do prêmio, conforme o número de parcelas descrito na Apólice.

10.1.1 - O pagamento se dará, obrigatoriamente, através da rede bancária, ou outras formas admitidas em lei, até as datas de vencimento estabelecidas no documento de cobrança.

10.1.2 - A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

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

10.3 - Não é permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

10.4 - Nos prêmios fracionados com incidência de juros, é facultado ao Estipulante/Segurado antecipar o pagamento do prêmio fracionado, total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros pactuados.

10.5 - No caso de fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto a seguir:

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso	Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso
13%	5%	73%	53%
20%	9%	75%	57%
27%	13%	78%	62%

Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso	Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso
30%	17%	80%	66%
37%	21%	83%	70%
40%	25%	85%	74%
46%	29%	88%	79%
50%	33%	90%	83%
56%	37%	93%	87%
60%	41%	95%	91%
66%	45%	98%	95%
70%	49%	100%	100%

Nota: Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

10.6 - A Seguradora informará em destaque no documento de cobrança de cada parcela, o prazo de vigência original contratado e o novo prazo ajustado que vigorará o seguro na hipótese do não pagamento de cada parcela.

10.7 - O Segurado/Estipulante poderá restabelecer o direito sobre as coberturas contratadas, pelo período inicialmente acordado, desde que retome o pagamento do prêmio devido, dentro do prazo estabelecido no contrato, corrigidas monetariamente de acordo com a legislação em vigor

10.7.1 – Além da atualização monetária, é previsto juros moratórios de acordo com as disposições da Cláusula 22 - Atualização Monetária das Obrigações Pecuniárias, Juros e Mora destas Condições Gerais.

10.8 - No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, o não pagamento de qualquer parcela subsequente à primeira implicará o cancelamento desta apólice de pleno direito.

10.9 - Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento deste contrato de seguro, as parcelas vincendas do prêmio serão deduzidas do valor da indenização, excluído o respectivo adicional de fracionamento.

10.10 - Fica vedado o cancelamento do contrato de Seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto às instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o financiamento.

10.11 - Os valores devidos a título de devolução dos prêmios sujeitam-se a atualização monetária pela variação do índice estabelecido na Cláusula 22 - Atualização Monetária das Obrigações Pecuniárias, Juros e Mora, a partir da data em que se tornarem exigíveis. No caso de cancelamento do contrato: a partir da data do recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora;

10.12 - No caso de recebimento indevido de prêmio: a partir da data de recebimento do prêmio;

10.13 - No caso de recusa de proposta: a partir da data de formalização de recusa se ultrapassado 10 dias.

CLÁUSULA 11 - ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

11.1 - É expressamente vedada a atuação como Estipulante deste Seguro:

a) Corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes; e

b) Seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.

11.2 - A vedação estabelecida no subitem 11.1 anterior não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.

11.3 - Não é considerada estipulante a pessoa jurídica que, sem ter subscrito proposta de contratação, tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável exclusivamente pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na folha de pagamento do respectivo segurado e o conseqüente repasse em favor da Seguradora.

11.4 - É expressamente vedado ao Estipulante:

a) cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;

b) rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;

c) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e

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

11.5 – São obrigações do Estipulante:

a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por àquela, incluindo dados cadastrais;

b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados;

c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

e) repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

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

h) comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

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

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

l) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
m) 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 cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

n) comunicar formal e expressamente à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e segurados, e/ou da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que silenciou de má-fé.

CLÁUSULA 12 - BENEFICIÁRIOS

12.1 –Na falta de indicação da pessoa ou 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 da vocação hereditária.

12.1.1 –Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

CLÁUSULA 13 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

13.1 - Para o recebimento da indenização, o Segurado ou o beneficiário deverá apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante, o formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou beneficiário. Os documentos básicos necessários para Liquidação de Sinistro são descritos abaixo:

Em caso de Morte Acidental

Aviso de Sinistro devidamente preenchido pelo beneficiário ou seu representante;
Certidão de Óbito;
Laudo Cadavérico – IML, se houver;
Boletim de Ocorrência Policial;
Peças do inquérito policial;
Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente);
Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
RG e CPF do segurado e beneficiário.

Em caso de Invalidez Permanente por Acidente

Aviso de Sinistro devidamente preenchido pelo beneficiário ou seu representante;
Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez;
Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
CPF e RG do segurado;
Aviso de Alta Médica.

Em caso de Morte por Qualquer causa

Aviso de Sinistro devidamente preenchido pelo beneficiário ou seu representante;
Certidão de Óbito;
Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
Peças do inquérito policial, se houver;
Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente);
Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
RG e CPF do segurado e beneficiário.

Em caso de Despesas Médico – Hospitalares e Odontológicas

Aviso de Sinistro devidamente preenchido pelo beneficiário ou seu representante;
Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez;
Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
CPF e RG do segurado;
Aviso de Alta Médica;
Comprovantes das despesas efetuadas.

Em caso de Diárias de Incapacidade Temporária

Aviso de Sinistro devidamente preenchido pelo beneficiário ou seu representante;
Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da lesão, a extensão das lesões e período de afastamento das atividades para tratamento médico;
Cópia de todos os exames médicos realizados, com a descrição das lesões;
Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
CPF e RG do segurado.

Para todos os casos

O Estipulante se obriga a entregar, juntamente com os documentos relacionados ao sinistro, a relação do pessoal segurado com a descrição dos dados pessoais, período em que esteve sob seus serviços, tipo de serviço prestado e cópia da Guia de Recolhimento do FGTS relativo aos serviços prestados pelos mesmos.

13.2 - O pagamento de qualquer indenização devida relativa ao presente seguro será realizado sob a forma de parcela única e será efetuado em até 30 (trinta) dias corridos, após a entrega de todos os documentos básicos relacionados a cada cobertura e informações necessárias que possibilitem a regulação e liquidação comprovação do sinistro.

13.3 - Fica reservado à Seguradora o direito de solicitar outros documentos, além dos básicos, no caso de dúvida fundada e justificável, que sejam necessários para regulação e liquidação do sinistro. Neste caso, será suspensa e reiniciada a contagem do prazo que trata o parágrafo anterior, a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

13.4 - Quando os documentos solicitados forem cópias, estes devem ser autenticados.

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

13.5.1 - A junta médica de que trata o subitem anterior será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

13.5.2 - Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.

13.6 - Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para fins de verificação de cobertura, se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anterior a data do sinistro.

13.7 - O Estipulante, Corretor, Segurado e/ou beneficiários deverão comunicar à Seguradora, de imediato, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, assim que tiver conhecimento.

13.8 - A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente, para fins deste Seguro.

13.9 - Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora. 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 limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

13.10 - Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

13.11 - O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no plano implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica e conforme estabelecido na cláusula 22 das presentes Condições Gerais.

CLÁUSULA 14 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

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

14.2 - Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

14.3 - Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou em data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da proposta mestra de contratação e das Condições Particulares da apólice.

14.4 - Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, ou data posterior, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da proposta mestra de contratação e das Condições Particulares da apólice.

CLÁUSULA 15 - RENOVAÇÃO DA APÓLICE

15.1 - As apólices com vigência de 1 (Hum) ano ou superior, poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, sendo as renovações posteriores realizadas de forma expressa.

15.1.1 - A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo estipulante quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada na forma expressa. A renovação que implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

15.1.2 - A renovação automática a que se refere o subitem 15.1 anterior não se aplica aos segurados, nos planos individuais, e estipulantes, nos planos coletivos, ou à Seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano.

15.2 - O desinteresse em renovação da apólice deverá ser comunicado ao Segurado e ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, (60) sessenta dias que antecedam o final da vigência da apólice. O mesmo prazo prevalece para o desinteresse por parte do Estipulante e Segurado.

15.3 - Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora e o Estipulante a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

CLÁUSULA 16 - SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

16.1 - O não pagamento do prêmio por parte do segurado ou estipulante até a data do vencimento poderá acarretar no cancelamento da Apólice ou do certificado individual, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança.

16.2 - O segurado ou o estipulante terão um prazo de 30 (trinta) dias contados do vencimento da parcela de prêmio não paga para regularização da inadimplência. Após esse prazo, a Apólice ou o certificado individual estarão cancelados.

16.2.1 - Não haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a este período.

16.3 - A reabilitação da Apólice ou do certificado individual é possível a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante retomar o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

CLÁUSULA 17 - CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1 - O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

17.2 - Nos demais casos, o cancelamento da apólice somente se dará quando expirar seu prazo de vigência, ou por falta de pagamento, quando expirado o prazo de 90 dias no caso de Seguros contratados com vigência mínima de 1 (Hum) ano ou 2 (dois) dias para os casos de contratação inferior a 1 (hum) ano.

17.3 - No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, serão observadas as seguintes disposições:

a) a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

b) quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no subitem 9.6 anterior.

17.4 - Se o segurado e/ou estipulante, por si ou seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

17.4.1 - Se houver por parte do segurado e/ou estipulante inexatidão ou omissão nas declarações, ainda que e não resultem de má-fé, a Seguradora terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença de prêmios.

17.5 - As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

CLÁUSULA 18 - PERDA DE DIREITO

18.1 - O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

18.2 - Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

18.2.1 - 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:

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.

II - 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.

III - 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.

18.3 - O segurado perderá o direito ao pagamento do capital segurado em caso de inobservância das obrigações convencionadas nas condições deste seguro.

18.4 - 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.

18.4.1 - A mudança de profissão/ atividade, alteração de residência fixa para outro país ou a prática de esportes violentos ou de risco voluntário, tais como, exemplificativa, mas não exclusivamente como: esportes aéreos, náuticos a motor, lutas e artes marciais, competição automobilística, o exercício de atividades amadora ou profissional a bordo de aeronaves de qualquer característica ou em ambientes insalubres e/ou perigosos, são exemplos de incidentes suscetíveis de agravar o risco coberto, e devem ser comunicados à Seguradora previamente ao novo risco, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que houve silêncio de má-fé. A comunicação desses incidentes é necessária tanto para o Segurado Principal quanto para o Segurado Cônjuge, quando incluído no Seguro.

18.4.2 - 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.

18.4.3 - 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.

CLÁUSULA 19 - CESSAÇÃO DA COBERTURA

19.1 - Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

19.2 - Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no subitem anterior aplica-se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.

19.3 - As coberturas individuais cessarão automaticamente:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) no caso de o Segurado, por qualquer motivo, vir a desligar-se do Estipulante, das apólices e, conseqüentemente, do grupo segurável, exceto no caso de aposentadoria;
- c) a partir da data em que o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão da apólice deste seguro;
- d) quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio (custo), quando o custeio for contributivo;

- e) no caso de coberturas adicionais ou especiais, além dos casos previstos anteriormente, com o cancelamento da respectiva cláusula; ou
- f) quando o segurado for indenizado pela cobertura de Morte ou por Invalidez Permanente Total.

CLÁUSULA 20 - ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS

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

20.2 - Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante.

20.3 - Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas deste contrato somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

CLÁUSULA 22 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA

22.1. Atualização Monetária

22.1.1. Os valores devidos a título obrigações pecuniárias estão sujeitos a atualização monetária pela variação positiva do IPC-A-IBGE (índice de preços ao consumidor amplo – do instituto brasileiro de estatística) a partir da data da data em que se tornarem exigíveis.

22.1.2. A atualização monetária será calculada com base no último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária, e aquele publicado imediatamente anterior a data efetiva do pagamento.

22.1.3. No caso de extinção do índice pactuado, será utilizado o IGP-M-IBGE (índice de geral de preços de mercado – do instituto brasileiro de estatística) como índice substituto para atualização das obrigações pecuniárias.

22.2. Mora

22.2.1. No caso de não cumprimento dos prazos previstos, além da atualização monetária, serão devidos juros de 0,033% ao dia, limitado a 12% (doze por cento) ao ano, contados partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para a liquidação da obrigação pecuniária.

22.3. Às Contratações com vigência inferior a 1 (um) ano não se aplica a cláusula de atualização de monetária.

22.4. 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.

CLÁUSULA 23 - REGIME FINANCEIRO

23.1 - Considerando-se que o plano de seguro em questão é estruturado em regime financeiro de repartição, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, exceto aqueles pagos a maior, por erro de cobrança da Seguradora, ou em caso de recusa da proposta de seguro em que o prêmio tenha sido pago antecipadamente.

23.2 - O prêmio a ser restituído nas hipóteses do subitem anterior serão atualizados de acordo com a Cláusula 22 - Atualização Monetária das Obrigações Pecuniárias, Juros e Mora.

CLÁUSULA 24 - SUB-ROGAÇÃO

Nos Seguros de Pessoas o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.

CLÁUSULA 25 - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Estipulante e/ou Corretor de Seguro, deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e particulares e a nota técnica atuarial submetidas à SUSEP.

CLÁUSULA 26 - FORO

Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do contrato de seguro, o foro eleito para dirimir quaisquer dúvidas resultantes deste contrato será o do domicílio do Segurado ou beneficiário, conforme foi o caso.

PARTE II

GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

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

É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta 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 sequestros e tentativas de sequestros; 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 consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, ora definido.

APÓLICE

É o documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva);

BENEFICIÁRIO

É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro;

CAPITAL SEGURADO

É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro;

CARREGAMENTO

É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;

CERTIFICADO INDIVIDUAL

É o documento emitido para cada segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro;

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

É o conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro;

CONDIÇÕES GERAIS

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante;

CONDIÇÕES ESPECIAIS

É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;

CONTRATO

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

CONSIGNANTE

É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados;

DOCUMENTOS CONTRATUAIS

É a apólice, a apólice de averbação, o certificado individual, o endosso e o bilhete de seguro;

ENDOSSO

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

ESTIPULANTE

É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio;

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;

INÍCIO DE VIGÊNCIA

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora;

NOTA TÉCNICA ATUARIAL

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

PRÊMIO

É o valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;

PRÊMIO COMERCIAL

É o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver;

PRÊMIO PURO

É o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver;

PROPONENTE

É o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva;

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 com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

RISCOS EXCLUÍDOS

São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano;

SEGURADO

É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro;

SEGURO CONTRIBUTÁRIO

É quando os segurados são responsáveis pelo custeio do Seguro, total ou parcialmente

SEGURO NÃO CONTRIBUTÁRIO

É quando o custeio do Seguro é de responsabilidade integral pelo Estipulante

SINISTRO

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

VIGÊNCIA

É o intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao(s) beneficiário(s) do Segurado, o pagamento do capital segurado indicado na Apólice, caso o Segurado venha a falecer em consequência de acidente coberto.

2. CONCEITO

Acidente pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se o disposto nos riscos cobertos, descritos no subitem 3 posterior.

3. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos conceituados no item 2 acima, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a) 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) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) acidente vascular cerebral;
- d) acidentes decorrentes direta ou indireta de quaisquer alterações mentais consequentes do uso do álcool, de drogas ilícitas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas ilícitas; e
- e) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

5. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente e Morte Acidental não se acumulam.

5.1. 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.

6. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ele comunicado pelo Estipulante ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

6.1. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

6.1.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o acidente.

7. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

O beneficiário, para recebimento do capital segurado, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

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

7.2. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o acidente.

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

8. CARÊNCIA

Não haverá carência para a respectiva cobertura.

9. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura fica garantido ao Segurado o pagamento da indenização, limitada ao capital segurado contratado, caso ele venha a ficar parcial ou totalmente inválido, em caráter permanente, em consequência de acidente coberto.

A invalidez permanente deverá ser comprovada através de declaração médica. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.**

2. CONCEITOS

Acidente pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se o disposto nos riscos cobertos, descritos no subitem 3 posterior.

2.1. A cobertura de invalidez permanente por acidente garante o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

3. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos conceituados no item 2 acima, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

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

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais de Acidentes Pessoais Coletivo, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a) 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) 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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária ou invalidez profissional", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de incapacidade temporária por acidente pessoal, descrito no item 1 das Condições Especiais da presente cobertura;
- e) de qualquer tipo de Hérnia e suas consequências, exceto aquelas decorrentes de um acidente pessoal;
- f) acidentes decorrentes direta ou indireta de quaisquer alterações mentais consequentes do uso de drogas ilícitas ou de entorpecentes ilícitos; e
- g) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

5. INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE – IPA

No caso de Invalidez Permanente, 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 sociedade seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir.

Invalidez Permanente Total	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100

Invalidez Permanente Parcial - Diversas	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
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 no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25

Invalidez Permanente Parcial - Membros Superiores	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	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: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---

Invalidez Permanente Parcial - Membros Inferiores	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
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 tibioperoneiros (perna)	25
Fratura não-consolidada da rótula	20
Fratura não-consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20

Invalidez Permanente Parcial - Membros Inferiores	
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	---
Encurtamento de um dos membros inferiores: de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10
de 3 (três) centímetros	06
menos de 3 (três) centímetros	sem pagamento

5.1. 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.

5.1.1. 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.

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

5.3. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

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

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

6. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente e Morte Acidental não se acumulam.

6.1. 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.

7. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ele comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

**7.1. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.
Condição contratual.**

7.1.1. A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o acidente.

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

8. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

O Segurado ou beneficiário, para recebimento do pagamento da indenização, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

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

8.2. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de cópia dos documentos médicos e comprovantes do registro de acidentes pelas autoridades administrativas e policiais.

8.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

8.4. O Segurado se compromete a submeter-se a exames e/ou perícia médica solicitadas pela Seguradora, para comprovação e avaliação de seu grau de invalidez, quando julgados necessários pela mesma.

9. JUNTA MÉDICA

É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

9.1. Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

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

11. CANCELAMENTO DA COBERTURA

11.1 – O certificado individual será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

12. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA

1. OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao(s) beneficiário(s) do Segurado, o pagamento do capital segurado individual apurado por ocasião do sinistro na forma estabelecida na Cláusula 7ª das Condições Gerais, caso o Segurado venha a falecer em consequência qualquer causa.

2. RISCOS COBERTOS

Incluem-se na cobertura descrita no item 1 acima, as ocorrências decorrentes de:

- a) escapamento acidental de gases e vapores;
- b) sequestros e tentativas de sequestros;
- c) choque elétrico e raio;
- d) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- e) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- f) infecções, estados septicêmicos e embolias; e
- g) queda n'água ou afogamento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura as consequências decorrentes de:

- a) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- b) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.**

Para a presente cobertura, o beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme o art. 798 do Código Civil.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1 - Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ele comunicado pelo Estipulante ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

6.2. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

6.2.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

7. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

7.1 O beneficiário, para recebimento do capital segurado individual, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do mesmo.

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

7.3. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o sinistro.

7.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o sinistro, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

8. CARÊNCIA

Não haverá carência para a respectiva cobertura.

9. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1. OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura fica garantido o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

2. RISCOS COBERTOS

Despesas médico-hospitalares para eventos diretamente ligados a causas acidentais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura de DMH – Despesas Médico hospitalares, além daqueles previstos na Cláusula 5ª – RISCOS EXCLUÍDOS das condições Gerais de Acidentes Pessoais Coletivo, as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado e enfermagem de caráter particular;
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;
- e) cirurgia plástica estética, exceto aquelas de caráter reparador para reconstituição de funções, danificadas em função de acidente coberto, e cuja finalidade não seja meramente estética;
- f) estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;
- g) tratamentos relacionados a doenças;
- h) 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;
- i) 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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- j) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz por acidente pessoal, definido no inciso I deste artigo;
- k) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- l) de qualquer tipo de Hérnia e suas consequências.
- m) de parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto.
- n) acidentes decorrentes direta ou indireta de quaisquer alterações mentais consequentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- o) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

3.4. A seguradora não se eximirá ao pagamento do capital segurado, ainda que da apólice quando a morte ou a incapacidade do segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

3.4.1. A omissão do Segurado quanto a informação da prática de esportes violentos, quando do preenchimento da proposta individual de adesão, se esta lhe foi exigida, é causa ensejadora de perda do direito ao capital segurado por esta cobertura.

4. DA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

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

5. CAPITAL MÁXIMO SEGURADO

Conforme definido na Apólice.

6. DA COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais e demais documentos necessários a comprovação do acidente, descritos no manual de liquidação de sinistros.

7. CLÁUSULA DE CONCORRÊNCIA

7.1. Possuindo o segurado mais de uma apólice, nesta ou em outra seguradora, garantindo despesas médico-hospitalares, a responsabilidade desta seguradora, nesta apólice, será igual a importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta garantia em cada uma delas.

7.2. Pelo mesmo acidente, o reembolso não poderá superar o limite máximo contratado para a cobertura de DMH.

8. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

No caso de utilização do reembolso por esta cobertura, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

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

9. CARÊNCIA

Para a presente cobertura não é prevista carência.

10. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADAS POR ACIDENTE (DIT)

1. OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao(s) próprio Segurado, o pagamento das diárias a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de acidente pessoal coberto, contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, observado o limite máximo de diárias estabelecidos na Apólice.

A incapacidade é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

2. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos conceituados no item 1 acima, estará expressamente coberta a incapacidade temporária decorrente de:

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a) 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) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) acidente vascular cerebral;
- d) acidentes decorrentes direta ou indireta de quaisquer alterações mentais consequentes do uso do álcool, de drogas ilícitas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas ilícitas; e

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

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1 - Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ele comunicado pelo Estipulante ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

6.2. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

6.2.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

7. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

7.1 O beneficiário, para recebimento do capital segurado individual, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do mesmo.

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

7.3. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o sinistro.

7.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o sinistro, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

8. CARÊNCIA

Não haverá carência para a respectiva cobertura.

9. FRANQUIA

Para a presente cobertura fica estabelecida uma franquia temporária correspondente aos primeiros 15 dias contados da data do afastamento do segurado de suas atividades profissionais.

9. RATIFICAÇÃO

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

PROCESSO SUSEP nº Processo SUSEP nº 15414.900046/2017-92

Atendimento de Sinistro

A comunicação de sinistro deverá ser feita pelo telefone 0800-770-0797 ou através de e-mail: sinistros@berkley.com.br.

O segurado deverá encaminhar carta com a descrição detalhada do evento ocorrido com data e horário do fato, relacionando os bens atingidos e respectivas estimativas e contato para agendamento da vistoria.