

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Versão 4: dezembro de 2025

Canais de Atendimento:

SAC 24 horas: 0800 722 0264 (Todos os dias da semana, 24 horas por dia, inclusive feriados)

Informações ou dúvidas dos produtos, reclamações, contestação, suspensão ou cancelamentos.

Atendimento deficientes auditivos ou de fala: 0800 702 4260

Ouvidoria: 0800 722 0266 (De segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados nacionais.)

Disque SUSEP: 0800-0218484.

Site: www.susep.gov.br SUSEP - Superintendência de Seguros Privados - Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros. **Link da plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados (www.consumidor.gov.br)**

SUMÁRIO

CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES	4
CLÁUSULA 2 - DEFINIÇÕES	5
CLÁUSULA 3 - OBJETIVO DO SEGURO	11
CLÁUSULA 4 - RISCOS COBERTOS.....	11
CLÁUSULA 5 - RISCOS EXCLUÍDOS	24
CLÁUSULA 6 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	29
CLÁUSULA 7 - CARÊNCIA	29
CLÁUSULA 8 - FRANQUIA	30
CLÁUSULA 9 - FORMA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO	30
CLÁUSULA 10 - ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DO SEGURO	31
CLÁUSULA 11 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	34
CLÁUSULA 12 - ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA.....	35
CLÁUSULA 13 - PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	35
CLÁUSULA 14 - FALTA DO PAGAMENTO DO PRÊMIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS.....	36
CLÁUSULA 15 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	37
CLÁUSULA 16 - RECÁLCULO DA(S) TAXA(S) DO SEGURO	38
CLÁUSULA 17 - CAPITAL SEGURADO	39
CLÁUSULA 18 - BENEFICIÁRIO(S).....	39
CLÁUSULA 19 - REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	40
CLÁUSULA 20 - COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	41
CLÁUSULA 21 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SEGURADO	53
CLÁUSULA 22 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	55
CLÁUSULA 23 - CANCELAMENTO DO SEGURO	56
CLÁUSULA 24 - CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	56
CLÁUSULA 25 - EXCEDENTE TÉCNICO.....	57
CLÁUSULA 26 - REGIME FINANCEIRO	58
CLÁUSULA 27 - OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA.....	58
CLÁUSULA 28 - DO INTERESSE LEGÍTIMO.....	59
CLÁUSULA 29 - DA INEXISTÊNCIA, EXTINÇÃO/REDUÇÃO DO INTERESSE LEGÍTIMO	59
CLÁUSULA 30 - CANAIS DE ATENDIMENTO.....	59
ANEXO I - TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	61

APRESENTAÇÃO

Nós estamos muito felizes em estar ao seu lado, cuidando das suas conquistas e do que é importante para você. Apresentamos aqui as condições contratuais que contemplam as informações, direitos e obrigações sobre o seguro.

Informamos que as coberturas contratadas estarão especificadas na apólice e certificado de seguro, conforme demonstrativo de coberturas.

Para isso, devem ser consideradas, conforme o caso, somente as condições correspondentes às coberturas contratadas e discriminadas na apólice e certificado de seguro.

Conte com a gente!

CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1.1. A aceitação do seguro está sujeita à análise do risco.

1.2. O registro do produto é automático e não representa, por parte da SUSEP, na aprovação, recomendação ou incentivo à contratação do seguro a ele vinculado.

1.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

1.4. Ao contratar este seguro, o Segurado declara estar ciente e de acordo com as cláusulas limitativas descritas nestas Condições Contratuais. As coberturas contratadas estarão especificadas na apólice de seguro, conforme demonstrativo de coberturas.

1.5. Este seguro é garantido pela Companhia de Seguros Previdência do Sul – Previsul Seguradora, CNPJ nº 92.751.213/0001-73 e está registrado na SUSEP sob nº **15414.900276/2017-51**.

1.6. Este seguro será contratado por meio de apólice coletiva, destinada a garantir coberturas securitárias para grupos de pessoas vinculadas ao Estipulante. São documentos integrantes do presente seguro, a Proposta de Adesão e/ou Contratação, a Apólice Coletiva, o Certificado Individual e as Condições Contratuais.

1.7. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) para solucionar pendências ou litígios judiciais decorrentes deste contrato de seguro, salvo se o Segurado ou o Beneficiário optar por ajuizar a ação no domicílio da Seguradora ou de agente dela

1.8. A Companhia de Seguros Previdência do Sul - Previsul, na qualidade de Controladora dos dados pessoais, poderá coletar, acessar, armazenar, utilizar e realizar demais operações de tratamento sobre os dados pessoais fornecidos pelo cliente e beneficiários, estritamente para as finalidades relacionadas à execução deste contrato, cumprimento de obrigações legais ou regulatórias e demais hipóteses permitidas pela Lei nº 13.709/2018 (LGPD). O tratamento dos dados pessoais será realizado para: (i) identificação e cadastro do cliente e beneficiários; (ii) execução e administração dos serviços objeto deste contrato; (iii) comunicação necessária para cumprimento contratual; (iv) prevenção e resolução de fraudes e incidentes de segurança; (v) cumprimento de obrigações legais e regulatórias aplicáveis à Previsul e demais atividades de tratamento listada em nossa Política de Privacidade, que poderá ser acessada através do portalprivacidade.previsul.com.br.

1.9. Os dados pessoais serão armazenados pelo período necessário ao cumprimento das obrigações contratuais, administrativas e legais inerentes a Previsul. Após o término do prazo aplicável, os dados serão eliminados ou anonimizados.

1.10. Para esclarecimentos ou exercício de direitos relacionados ao tratamento de dados pessoais, o cliente e seus beneficiários poderão contatar o encarregado de proteção de dados (DPO) da Previsul, através do portalprivacidade.previsul.com.br.

1.11. Caso o contrato de seguro seja declarado **nulo ou ineficaz**, o **Segurado** ou terá direito à devolução do valor do prêmio pago, deduzidas as despesas efetivamente realizadas pela Seguradora para a contratação, **salvo se comprovado que o vício decorreu de má-fé do Segurado**.

CLÁUSULA 2 - DEFINIÇÕES

2.1. **Aceitação:** Ato de aprovação de proposta submetida à seguradora para a contratação de seguro.

2.2. **Acidente :** Acontecimento imprevisto e involuntário do qual resulta um dano causado ao objeto ou pessoa segurada.

2.3. **Acidente Pessoal:** para fins deste Seguro, é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, sendo certo que o suicídio, ou a sua tentativa, será equiparado, para fins de indenização, a Acidente Pessoal.

Estão incluídos no conceito de Acidente Pessoal, as lesões decorrentes de:

- a) acidentes decorrentes da ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a ela o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- b) acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- c) acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros, dos quais o Segurado seja a vítima; e
- d) acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da

coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.4. **Agravamento de risco:** qualquer conduta ou omissão do segurado que, de forma intencional e relevante, provoque aumento significativo e continuado da probabilidade de ocorrência do risco assumido pela Seguradora.

2.5. **Âmbito Geográfico de Cobertura:** é a delimitação física da(s) cobertura(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.6. **Apólice:** documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo Proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos.

2.7. **Atualização monetária :** Procedimento utilizado para manter atualizados os valores do saldo de capitalização e das mensalidades.

2.8. **Aviso de Sinistro:** comunicação da ocorrência de um sinistro feita pelo Segurado e/ou Beneficiário à Seguradora, assim que dele tenham conhecimento, conforme procedimento definido nestas Condições Contratuais.

2.9. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.10. **Benefício :** Pagamento a ser efetuado ao próprio participante ou a seu beneficiário, por ocasião da ocorrência do evento gerador.

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

2.12. **Cancelamento:** Dissolução antecipada do contrato de seguro.

2.13. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura, contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro.

2.14. **Carência:** É o prazo que corresponde ao período contado a partir da data de início de vigência da cobertura ou da sua reabilitação, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados, no todo ou em parte, conforme dispuserem as condições contratuais.

2.15. **Certificado Individual:** é o documento emitido pela Seguradora que comprova a inclusão do segurado na apólice coletiva, o qual contém as

informações detalhadas do seguro Contratado.

2.16. **Cláusula:** Em sentido estrito, é a denominação dada a cada um dos artigos ou disposições de um contrato. No caso de seguros, utiliza-se o termo para fazer referência a um grupo de disposições, normalmente reunidas sob um título, que estipulam as regras relativas a um particular aspecto do contrato.

2.17. **Coberturas:** Riscos assumidos pela Seguradora

2.18. **Coberturas provisórias :** é o conjunto dos riscos cobertos elencados na apólice de forma provisória cedida pela Seguradora.

2.19. **Companheiro/Companheira :** Pessoa que mantém uma convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituir família, equiparando a união estável ao casamento em muitos aspectos legais.

2.20. **Condições Contratuais:** é o conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

2.21. **Corretor(a) de Seguro:** Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

2.22. **Doenças Congênitas:** as disfunções fisiológicas de origem sistêmica bem como as provocadas por más formações anatômicas, presentes no nascimento, diagnosticadas e comprovadas como congênitas, por uma declaração de médico especialista, até o sexto mês do nascimento. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatado a doença para todos os filhos, o capital segurado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.

2.23. **Doenças Graves:** para fins deste Seguro, considera-se exclusivamente como tal a Neoplasia Maligna (CÂNCER) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC), bem como os seguintes procedimentos cirúrgicos: Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (PONTE DE SAFENA); e Cirurgia de Válvulas Cardíacas e Aorta.

2.24. **Doença Neoplásica Maligna Ativa:** Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

2.25. **Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes:** Condição que altera a saúde do segurado, exigindo tratamento médico, já conhecida pelo Segurado

antes da contratação do seguro, ainda que não tenham sido declaradas.

2.26. **Endosso** : documento, emitido pela seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o segurado.

2.27. **Estipulante**: pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante a Seguradora.

2.28. **Evento Coberto**: acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, previsto nestas Condições Contratuais, ocorrido durante a vigência do Seguro e passível de ser indenizado de acordo com as coberturas contratados, observados os limites definidos na Apólice.

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

2.30. **Formulário de Sinistro**: É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

2.31. **Foro**: No contrato de seguro, refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do contrato; jurisdição, alçada.

2.32. **Franquia**: Quantia fixa, podendo ser em dias, definida na apólice, que, em caso de sinistro, representa a parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela Sociedade Seguradora, dependendo das disposições do contrato.

2.33. **Grupo Segurado**: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

2.34. **Grupo Segurável**: é o conjunto de pessoas que mantém vínculo com o Estipulante ou sub-estipulante, que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

2.35. **Indenização**: valor a ser pago pela Seguradora, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado.

2.36. **Internação Hospitalar**: Para fins deste Seguro, caracteriza-se como o período mínimo de 12 (doze) horas em hospital.

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

2.38. **Notificação:** é o ato por meio do qual o Segurado comunica à Seguradora, por escrito, durante a vigência da apólice, fatos ou circunstâncias potencialmente danosos, abrigados pelo seguro, vinculando a apólice então em vigor a reclamações futuras de terceiros prejudicados.

2.39. **Prazo de Tolerância :** Prazo durante o qual, no caso de não pagamento do prêmio regular, a sociedade seguradora, ocorrendo evento coberto pelo plano e observado o estipulado nas Condições Contratuais, se obriga ao pagamento da indenização, nos termos da legislação vigente.

2.40. **Período Indenizável:** período máximo, definido nas Condições Contratuais, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado fará jus ao recebimento de indenização.

2.41. **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

2.42. **Proponente:** Pessoa física interessada em contratar a cobertura (ou coberturas) ou em aderir ao contrato, no caso de contratação sob a forma coletiva.

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

2.44. **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.

2.45. **Recálculo :** Recálculo dos valores estimados ou determinados em datas-bases anteriores, considerando bases de dados atualizadas ou metodologias e premissas distintas das utilizadas originalmente.

2.46. **Renovação do seguro:** Ao término da vigência de um contrato de seguro, normalmente é oferecida ao segurado a possibilidade de dar continuidade ao contrato. O conjunto de normas e procedimentos a serem cumpridos, para que se efetive tal continuidade, é denominada renovação do contrato.

2.47. **Renovação automática:** Tipo especial de renovação dos contratos de seguro, em que não são necessários os procedimentos habituais, bastando que conste, na apólice, cláusula expressa a respeito. O contrato é prorrogado por período igual ao da vigência anterior, mantidas todas as condições, com cobrança de novo prêmio.

2.48. **Regime Financeiro de Repartição Simples:** estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse mesmo período, não havendo devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao(s) Beneficiário(s).

2.49. **Regulação de Sinistro:** Conjunto de procedimentos realizados na ocorrência de um sinistro para apuração de suas causas, circunstâncias e valores envolvidos, com vistas à caracterização do risco ocorrido e seu enquadramento no seguro.

2.50. **Reintegração do Capital Segurado:** Recomposição do capital segurado relativo a uma ou mais das coberturas contratadas, após ter sido efetuado o pagamento de alguma indenização ao Segurado.

2.51. **Renovação do seguro:** Ao término da vigência de um contrato de seguro, normalmente é oferecida ao segurado a possibilidade de dar continuidade ao contrato. O conjunto de normas e procedimentos a serem cumpridos, para que se efetive tal continuidade, é denominada renovação do contrato.

2.52. **Renovação automática:** Tipo especial de renovação dos contratos de seguro, em que não são necessários os procedimentos habituais, bastando que conste, na apólice, cláusula expressa a respeito. O contrato é prorrogado por período igual ao da vigência anterior, mantidas todas as condições, com cobrança de novo prêmio.

2.53. **Reintegração do Capital Segurado:** caso prevista, é a recomposição do capital segurado relativo a uma ou mais das coberturas contratadas, após ter sido efetuado o pagamento de alguma indenização ao Segurado

2.54. **Risco coberto:** Risco, previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem a indenização e/ou reembolso ao segurado.

2.55. **Riscos Excluídos:** são eventos preestabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro, para os quais não há cobertura e que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização.

2.56. **Segurado:** Pessoa física, cuja inclusão foi aceita, que contrata ou, no caso de contratação sob a forma coletiva, adere ao plano.

2.57. **Seguradora :** Entidade devidamente autorizada a pactuar contratos de seguro, na forma da lei

2.58. **Seguro:** Contrato mediante o qual uma pessoa denominada Segurador,

se obriga, mediante o recebimento de um prêmio, a indenizar outra pessoa, denominada Segurado ou Beneficiário, previstos no contrato.

2.59. **Sinistro:** Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

2.60. **Taxa:** É o elemento necessário a fixação do prêmio.

2.61. **Término de vigência:** Data final para ocorrência de riscos previstos numa apólice de seguros.

2.62. **União Estável :** é a relação entre duas pessoas caracterizada pela convivência pública, contínua e duradoura, com o objetivo de constituir uma família, conforme o artigo 1.723 do Código Civil Brasileiro. Através dela é possível definir os membros através da união estável como Companheiro/Companheira.

2.63. **Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I.):** é a área especializada dentro da estrutura hospitalar, que reúne equipamentos de alta complexidade tecnológica aliada à equipe multidisciplinar especializada para a realização de tratamentos em terapia intensiva. Os cuidados ministrados aos pacientes deverão compreender:

a) Cuidados para estabilizar os sistemas fisiológicos principais para a manutenção da vida e;

b) Cuidados que não possam ser executados em outras unidades do hospital devido a técnicas próprias de U.T.I.

2.64. **Vigência do Seguro:** período contínuo de tempo durante o qual o Seguro está em vigor.

2.65. **Vigência da Cobertura Individual:** é o período indicado no Certificado Individual em que o Segurado está coberto pelo Contrato de Seguro.

CLÁUSULA 3 - OBJETIVO DO SEGURO

3.1. O presente Seguro, por meio da Seguradora, tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), no caso de ocorrência de evento coberto de acordo com as coberturas contratadas, exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Contratuais do Seguro.

CLÁUSULA 4 - RISCOS COBERTOS

4.1. Serão considerados riscos cobertos os eventos que estiverem amparados pelas coberturas indicadas na Apólice de Seguro e Certificado de Seguro.

4.2. As coberturas passíveis de contratação para este Seguros das em Básicas e Adicionais.

4.3. Para efeito deste Seguro, entende-se por COBERTURAS BÁSICAS:

- a) Morte Acidental (MA)
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
- c) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- d) Auxílio Funeral por Acidente (AUX- MA)

4.3.1. As coberturas básicas poderão ser contratadas em conjunto ou isoladamente e o seguro somente poderá ser contratado com uma das coberturas básicas.

4.4. Para efeito deste Seguro, entende-se por COBERTURAS ADICIONAIS:

- a) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada)
- b) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)
- c) Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA)
- d) Diária de Internação em U.T.I. (DUTI)
- e) Diária de Internação no Exterior (DIEX)
- f) Diárias por Convalescença (DCON)
- g) Renda Temporária por Incapacidade Decorrente de Acidente Pessoal (RTIA)
- h) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA)
- i) Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA)
- j) Despesas Diversas por Acidente (DDA)
- k) Morte Acidental Vítima de Crime (MA-VC)
- l) Invalidez Permanente Total por Acidente Vítima de Crime (IPTA-VC)

4.4.1. A contratação de quaisquer coberturas adicionais está condicionada a contratação de ao menos uma das coberturas básicas.

4.2. Para cada cobertura contratada é especificado o Capital Segurado na apólice e Certificado Individual.

4.3. Nas coberturas contratadas, a seguradora responde integralmente pelos prejuízos decorrentes dos riscos cobertos até o respectivo Capital Segurado.

4.4. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

4.5.A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada) somente poderá ser contratada juntamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

4.6.A contratação da cobertura adicional Diária de Internação em UTI (DUTI) está condicionada à contratação da cobertura adicional de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

4.7.A contratação da cobertura adicional de diária de Internação no Exterior (DIEX) está condicionada à contratação da cobertura adicional de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

4.8.É facultada ao Estipulante e/ou Sub-estipulante (se houver) a escolha das coberturas do seguro, aplicáveis a todo o grupo segurado.

A seguir o detalhamento de cada cobertura :

4.9. **Morte Acidental (MA):** Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento do capital segurado contratado e estabelecido no Certificado Individual ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte acidental do segurado, decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do Seguro, observados os riscos excluídos e as demais disposições previstas nas condições contratuais.

a) **A indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e por Morte Acidental (MA) não se acumulam. Se, depois de pagar 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 Acidental deverá ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.**

b) **A cobertura básica de Morte Acidental nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais e que podem ser substituídas a critério da Seguradora por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funerais havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

4.10. **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** Esta cobertura, quando contratada, garante uma indenização ao próprio segurado, proporcionalmente ao valor do capital segurado contratado, e estabelecido no Certificado de Seguro, diante das ocorrências e nos graus estabelecidos no Anexo – Tabela Para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Por

Acidente, parte integrante destas Condições Contratuais, quando ocorrer perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, comprovada por laudo médico e irreversível de reabilitação ou recuperação, desde que terminado o tratamento e esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação no momento de sua constatação.

a) Na falta de indicação da porcentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das porcentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento);

b) Nos casos não especificados na Tabela Para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Por Acidente, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado.

c) Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado para esta cobertura. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder a da indenização prevista para sua perda total;

d) Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente deverá ser deduzido do grau de invalidez definitiva.

e) A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica. A Seguradora se reserva ao direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso haja recusa por parte do Segurado.

4.10.1 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 cobertura, que deverá ser comprovada na forma prevista nestas Condições Contratuais.

f) A perda de dentes e os danos estéticos, ainda que em consequência de acidente, não dão direito à indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

g) 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.

h) A indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e por Morte Acidental (MA) não se acumulam. Se, depois de pagar uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente (IPA), verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por Morte Acidental deverá ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

4.11. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): Esta a cobertura, quando contratada, garante o pagamento de uma Indenização, ao próprio Segurado, decorrente da invalidez permanente total de um membro ou órgão, em virtude de lesão física definitiva e total, ocasionada por acidente pessoal coberto durante a vigência do Seguro, comprovada por laudo médico e irreversível de reabilitação ou recuperação.

4.11.1. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente, serão indenizados exclusivamente os casos de invalidez permanente que seguem:

- a) A perda total da visão de ambos os olhos;
- b) A perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c) A perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d) A perda total do uso de ambas as mãos;
- e) A perda total do uso de um membro superior e um inferior;
- f) A perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) A perda total do uso de ambos os pés; e
- h) A alienação mental total incurável.

4.11.2 Em caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, não caberá pagamento de indenização. Quando se tratar de lesões múltiplas, serão indenizados os casos em que o somatório dos graus de invalidez, determinados conforme Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, seja igual ou superior a 100% (cem por cento).

4.11.3 O limite para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) será sempre igual ao Capital Segurado contratado.

- 4.11.4 Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão que já não tinha sua capacidade plena antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 4.11.5 A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.
- 4.11.6 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 cobertura
- 4.11.7 Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento da Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro será automaticamente cancelado.

4.12. **Auxílio Funeral por Acidente (AUX - MA):** Esta cobertura, quando contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso de despesas com gastos funerários contratadas em caráter particular ou a disponibilização dos serviços de assistência funeral intermediados pela Seguradora, a critério do(s) Beneficiário(s), até o limite do Capital Segurado contratado e estabelecido no Certificado e Seguro, em caso de falecimento do Segurado por Morte Acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as demais disposições definidas nestas Condições Contratuais.

Estão disponíveis 4 opções para contratação de coberturas (ou utilização do serviço) conforme contratado:

- a) Se contratado o Plano Individual(PI) haverá a cobertura (ou utilização do serviço) funeral apenas ao Segurado(a);
- b) Se contratado o Plano Familiar(PF) haverá a cobertura (ou utilização do serviço) funeral ao Segurado(a), seu Cônjuge/Companheiro(a) e Filho(a)(s);
- c) Se contratado o Plano Familiar Estendido (PFE) haverá a cobertura (ou utilização do serviço) funeral ao Segurado(a), seu Cônjuge/Companheiro(a) , Filho(a)(s) , Pais , Mães, Sogros e Sogra.

4.12.1 A opção pela utilização da prestação de serviço de Funeral deve ser feita mediante solicitação expressa do(s) Beneficiário(s) ou a pessoa responsável pelo sepultamento.

4.12.2 O(s) Beneficiário(s) ou a pessoa responsável pelo sepultamento que optar(em) por utilizar a prestação de serviços Funeral, não terá(ão) qualquer direito a reembolso posterior.

4.12.3 Os eventos abrangidos pela cobertura de Auxílio Funeral por Acidente

(AUX-MA), conforme opção do Beneficiário, estão dispostos abaixo:

a) **Atendimento Social:** Na ocorrência do óbito do Segurado, após a liberação do corpo pelos órgãos competentes e de acordo com os eventos cobertos, a família ou responsável deverá entrar em contato com a funerária de sua escolha, no caso de opção por reembolso. Quando da opção pela prestação de serviço, a Seguradora deverá ser contatada, que após conferir as informações, comunicará a funerária credenciada ou autorizada no município, para que seja providenciado tudo que for necessário para a execução do funeral. O acompanhamento de um membro da família será solicitado, caso a legislação local exija.

b) **Transporte de Familiar para a Liberação do Corpo:** No caso de falecimento do Segurado fora de seu município de residência e havendo a necessidade de um membro da família para liberação do corpo, quando da opção pela prestação do serviço a Seguradora fornecerá um meio de transporte mais apropriado, a seu critério. A Seguradora também fornecerá 2 (duas) diárias de hospedagem em hotel, limitado a R\$ 200,00 (duzentos) reais por diária, para uma pessoa. Qualquer importância monetária que ultrapassar este limite será de responsabilidade da família e/ou responsável pelo Segurado. Quando da opção por reembolso, esta despesa será ressarcida mediante comprovação e respeitado o Capital Segurado contratado.

c) **Funeral:** Composto pelos seguintes itens, de acordo com o limite de despesas fixado:

- I. Urna;
- II. Higienização básica e ornamentação do corpo (com flores da estação);
- III. Coroa de flores da estação;
- IV. Véu;
- V. Paramentos e velas (cavaletes, castiçais e Cristo ,conforme região disponibilizados quando necessário e permitido pela família);
- VI. Carro fúnebre para remoção dentro do município;
- VII. Registro do óbito em cartório, quando autorizado pela legislação local;
- VIII. Livro de presença (conforme disponibilidade local);
- IX. Locação de sala para velório em capelas municipais ou particulares;

- X. Taxas de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia do Segurado);
- XI. Taxa de Cremação
- XII. Locação de Jazigo (por três anos) em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente, quando necessário e disponível na cidade.

d) Em caso de opção pela prestação de serviços intermediados pela Seguradora, todos os itens acima serão disponibilizados conforme infraestrutura local. Não caberá à Seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou sejam comercializados em determinadas praças.

4.12.4 Opção pela prestação de serviços.

4.12.4.1 Quando contratada a cobertura e realizada a opção pela prestação dos serviços de assistência funeral, os serviços garantidos por este Seguro serão prestados dentro das normas legais e regulamentares de cada município onde se realizarem.

4.12.4.2 Ressalta-se que a boa execução dos serviços dependerá, também, da colaboração dos familiares do Segurado, os quais deverão acionar imediatamente o serviço de assistência funeral na eventualidade do óbito do Segurado, dispondo-se a acompanhar a pessoa indicada para providenciar o funeral, junto aos órgãos e repartições públicas, sempre que for necessário.

4.12.5 Ao se acionar a cobertura de Auxílio Funeral por Acidente (AUX-MA), deverá ser informado o nome do Segurado falecido e o número da Apólice correspondente.

4.12.5.1 O presente Seguro não contempla a prestação dos seguintes serviços:

- a) Aquisição de jazigo ou carneiro;
- b) Cremação, para Segurados que residam em municípios que não disponham desse serviço e que esteja a mais de 100km (cem quilômetros) do local onde ocorreu o óbito;
- c) Despesas extras ou não previstas no padrão de serviço contratado;
- d) Pedidos de assistência funeral ou reembolso para eventos anteriores ao início de vigência do Seguro;
- e) Exumação de corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;
- f) Custos de manutenção do jazigo.

4.12.6 Não serão prestados os serviços nas localidades onde a legislação não permita que a Seguradora ou seus conveniados possam intervir.

4.13. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada): Esta cobertura, quando contratada, garante uma indenização ao próprio segurado, proporcionalmente ao valor do capital segurado contratado, diante das ocorrências e graus estabelecidos no Anexo – Tabela Para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Por Acidente, parte integrante destas Condições Contratuais, quando ocorrer a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física comprovada por laudo médico e irreversíveis de reabilitação ou recuperação, causada por acidente pessoal coberto.

4.13.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada) consiste na elevação do percentual previsto de cálculo para pagamento da indenização decorrente de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), para um percentual de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado.

4.13.2. A indicação dos membros majorados será feita na Proposta de Contratação e ratificada na apólice. **Poderão ser majorados, no máximo, 4 (quatro) membros ou órgãos.**

4.13.3. Esta cobertura se extingue com o pagamento do capital segurado de, pelo menos, um dos membros passíveis de majoração, permanecendo inalteradas as demais coberturas contratadas.

4.13.4. Caso seja devido o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada), o mesmo será somado ao Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

4.13.5. **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.**

4.14. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO): Esta cobertura, quando contratada, garante o reembolso respeitado o das despesas médicas hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente.

4.14.1. Não estão abrangidas nesta Cobertura as despesas decorrentes de:

a) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes; e

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

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

4.14.3. A comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

4.15. Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA):

Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento de diárias de internação ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante na Proposta de Contratação e ratificado no Certificado Individual, para cada dia de internação hospitalar do segurado decorrente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro, desde que iniciadas em até 30 (trinta) dias da data do acidente.

4.15.1. A quantidade de diárias contratadas será definida no Certificado Individual, limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitada a franquia, se prevista no Certificado Individual

a) A contagem do período indenizável inicia-se após o término da 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), observando o disposto na Cláusula "Beneficiários" das Condições Contratuais.

4.16. Diárias de Internação em U.T.I. (DUTI): Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento de diárias de internação ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante na Proposta de Adesão, para cada dia de internação hospitalar do segurado em U.T.I (Unidade de Terapia Intensiva), em consequência de acidente pessoal coberto. A quantidade de diárias contratadas é limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro

4.17. **Diárias de Internação no Exterior (DIEX):** Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento de uma diária ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante na Proposta de Adesão, para cada dia de internação hospitalar do segurado efetuada no exterior, em consequência de acidente pessoal coberto. A quantidade de diárias contratadas será definida na Proposta de Adesão e ratificado no Certificado Individual e é limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitado a franquia de 1 (um) dia.

4.18. **Diárias por Convalescença (DCON):** Esta cobertura, quando contratada, tem por objetivo suplementar a diária segurada devida pela cobertura adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), estando relacionada com a mesma e com o evento que originou a internação do Segurado, e garante o pagamento de diárias, de acordo com o valor contratado e constante na Proposta de Contratação e ratificado no Certificado Individual, para cada dia de internação hospitalar do segurado, em decorrência de acidente pessoal coberto. O valor a ser indenizado corresponderá, após a alta hospitalar, a 50% (cinquenta por cento) do valor indenizado pela cobertura adicional de Diárias por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

4.19. **Renda Temporária por Incapacidade Decorrente de Acidente Pessoal (RTIA):** Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento da renda contratada, por período indenizável a ser definido na Proposta de Contratação e ratificado no Certificado Individual, o qual é limitado a no máximo 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por evento e ano de vigência do Seguro, destinada ao Segurado que ficar comprovadamente, incapacitado de exercer a sua profissão ou ocupação principal remunerada em virtude de acidente pessoal coberto, exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Contratuais do Seguro e a franquia prevista no no Certificado Individual .

a) Respeitadas as limitações contratuais, em caso de incapacidade contínua, a Seguradora efetuará o pagamento da renda mensal contratada durante o período de efetivo afastamento do Segurado da sua atividade principal declarada na Proposta de Adesão, limitado ao período indenizável contratado e especificado na Apólice e no Certificado Individual.

4.20. **Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA):** é a cobertura que garante o pagamento de uma Diária Segurada, ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante nas Condições Contratuais, em função da impossibilidade contínua e ininterrupta, ocasionada pelo evento acidente pessoal, do mesmo em exercer sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observado o número de diárias contratadas, que será definido nas Condições Contratuais, e é

limitado a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

a) As Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) são devidas a partir do primeiro dia após o término do período de franquia, a ser estabelecido em Contrato, sendo este de no máximo 15 (quinze) dias.

b) Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.

c) A Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) não poderá ser contratada simultaneamente com a Cobertura de Renda Temporária por Incapacidade Decorrente de Acidente Pessoal (RTIA).

4.21. **Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA):** é a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao Beneficiário, referente às despesas efetuadas com a rescisão do contrato de trabalho, desde que devidamente comprovadas, em decorrência do evento Morte Acidental do Segurado, ocorrido durante a vigência do Seguro.

a) O Beneficiário será o Estipulante da Apólice, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do Segurado.

b) Não serão cobertos os falecimentos em decorrência de acidentes de trabalho, salvo se o Estipulante comprovar a isenção de culpabilidade direta ou indireta.

c) O valor da Indenização será limitado ao Capital Segurado contratado, independentemente do valor total das verbas rescisórias em função do falecimento do Segurado.

4.22. **Despesas Diversas por Acidente (DDA):** Esta cobertura garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de Morte Acidental do Segurado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

a) A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte Acidental (MA), ou de Morte Acidental Vítima de Crime (MA-VC), e a elas se vincula, de forma que somente será devida a Indenização se caracterizado evento coberto pelas Coberturas de Morte Acidental (MA) ou de Morte Acidental Vítima de Crime (MA-VC).

4.23. **Morte Acidental Vítima de Crime (MA-VC):** é a cobertura que garante o pagamento de uma Indenização ao(s) Beneficiário(s), caso o Segurado venha a

falecer em decorrência de crime praticado por terceiro contra a sua pessoa.

a) Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura 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:

a.1) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado; e

a.2) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

b) A Indenização por Morte Acidental Vítima de Crime (MA-VC) e Invalidez Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam. Se depois de paga a 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 Acidental Vítima de Crime (MA-VC) deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

4.24. Invalidez Permanente Total por Acidente Vítima de Crime (IPTA-VC): é a cobertura que garante o pagamento de uma Indenização, ao próprio Segurado, relativa à perda ou à impotência definitiva total de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada por terceiro contra a sua pessoa.

a) Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente, serão indenizados exclusivamente os casos de invalidez permanente que seguem:

a.1) A perda total da visão de ambos os olhos;

a.2) A perda total do uso de ambos os membros superiores;

a.3) A perda total do uso de ambos os membros inferiores;

a.4) A perda total do uso de ambas as mãos;

a.5) A perda total do uso de um membro superior e um inferior;

a.6) A perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;

a.7) A perda total do uso de ambos os pés; e

a.8) A alienação mental total incurável.

b) Em caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão

lesado, mas não abolidas por completo, não caberá pagamento de indenização. Quando se tratar de lesões múltiplas, serão indenizados os casos em que o somatório dos graus de invalidez, determinados conforme Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente, seja igual ou superior a 100% (cem por cento).

c) O limite para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Vítima de Crime (IPTA-VC) será sempre igual ao Capital Segurado contratado.

d) Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão que já não tinha sua capacidade plena antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

e) A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

e.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 cobertura.

f) Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento da Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente Vítima de Crime (IPTA-VC), o seguro será automaticamente cancelado.

g) A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Vítima de Crime (IPTA-VC) não poderá ser contratada simultaneamente com as coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

CLÁUSULA 5 - RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) 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.

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

c) De ato ilícito doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante legal de um ou de outro. 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.

d) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes.

e) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

f) 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.

g) Do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura individual;

h) 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, excetuando-se os casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

i) De furacões, tufões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas.

j) De epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.

k) De choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto.

l) De hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.

5.2. Além dos riscos excluídos mencionados no item 5.1, estão também expressamente excluídos das coberturas de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA Majorada), Diárias por Internação Hospitalar Decorrente de Acidente Pessoal (DIHA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Renda por Incapacidade Temporária por Acidente (RITA) e Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), os eventos ocorridos em consequência de:

a) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia).

- b) Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos na vigência do Seguro;**
- c) Tratamento odontológico e ortodôntico mesmo que em consequência de acidente pessoal;**
- d) Lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoal coberto;**
- e) Internações decorrentes de doenças cerebrovasculares, ainda que possam ser identificadas pela expressão “acidentes vasculares cerebrais”;**
- f) Qualquer tratamento de doença e suas consequências que não decorra de acidente pessoal coberto;**
- g) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos;**
- h) Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas, ou qualquer outro não reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina.**
- i) Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas;**
- j) Internação domiciliar;**
- k) Qualquer tipo de exame ou check-up preventivo; e**
- l) Procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório.**

5.3. Além dos riscos excluídos mencionados no item 5.1 estão também expressamente excluídos da cobertura de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à contratação deste Seguro, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.**
- b) Doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado.**
- c) Doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído “burnout”, e depressão, mesmo que ocasionadas por acidente pessoal.**
- d) Qualquer afastamento ou tratamento médico, cirúrgico ou dentário não decorrentes de acidente pessoal coberto e suas consequências.**

- e) **Todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral.**
- f) **Afastamentos relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorroidas.**
- g) **Períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses.**
- h) **Tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências.**

5.4. Além dos riscos mencionados no item 5.1, estão também expressamente excluídos da cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD), eventos ocorridos em consequência de:

- a) **De jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;**
- b) **De renúncia ou perda voluntária do emprego;**
- c) **De trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;**
- d) **De término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive estágios;**
- e) **De demissão por justa causa, no caso de empregados trabalhando sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho;**
- f) **De exoneração ocorrida em função de prática irregular, conforme previsto no estatuto que rege o funcionalismo público federal, estadual ou municipal a qual pertence o Segurado;**
- g) **De desligamento de cargo de confiança em empresa pública, fundação ou órgão público;**
- h) **De campanhas de demissão em massa. Para fins deste Seguro, considera-se demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10 (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês;**
- i) **De perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um no mesmo período;**
- j) **De trabalhador sem vínculo trabalhista formal com o empregador através de Carteira de Trabalho assinada, de acordo com as Consolidações**

das Leis do Trabalho, de forma contínua e ininterrupta por pelo menos um ano, ou não trabalhando regularmente como servidor público concursado, na função para a qual foi aprovado no concurso público ao qual concorreu e já tendo terminado o estágio probatório.

k) Estão ainda excluídas da cobertura, as pessoas que exercem os seguintes tipos de atividade:

- a) atividades em regime complementar de trabalho, ou como "horistas";
- b) estágio probatório ou sob contrato temporário de trabalho;
- c) estágio escolar;
- d) trabalho como profissional autônomo;
- e) donos de empresa, sócios ou diretores, que tenham como fonte de remuneração o pró-labore;

5.5. Além dos riscos mencionados, estão também expressamente excluídos das coberturas decorrentes de acidentes pessoais os eventos ocorridos em consequência:

- a) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- b) 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;
- c) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- d) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas 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; e

- e) 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.

5.6. Os riscos previstos por morte ou a incapacidade somente estarão cobertos nos 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.

CLÁUSULA 6 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1. As coberturas do Seguro previstas nestas Condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, exceto para cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias de Internação em U.T.I. (DUTI), Diárias por Convalescença (DCON), Renda Temporária por Incapacidade Decorrente de Acidente (RTIA) que se aplica apenas para eventos ocorridos em território nacional e a Diária de Internação no Exterior (DIEX), **que se aplica apenas para eventos ocorridos fora do território nacional.**

6.2. Este contrato, bem como todas as relações dele decorrentes, serão regidos e interpretados de acordo com a legislação brasileira.

CLÁUSULA 7 - CARÊNCIA

7.1. O período de carência, quando previsto, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, sendo estabelecido na Proposta de Adesão e Certificado Individual.

7.2. Não haverá a incidência de carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para o caso de suicídio que deverá ser respeitada uma carência de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual, exceto os ocasionados em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

7.3. A carência será aplicada em relação a parte aumentada do capital segurado efetuadas após o início da vigência individual.

7.4. Em caso de renovação da apólice, não será iniciado novo prazo de

carência.

7.5. O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido nestas Condições Contratuais.

CLÁUSULA 8 - FRANQUIA

8.1. As franquias, quando previstas, serão definidas na Proposta de Adesão e Certificado Individual.

8.2. A cobertura Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) está sujeita à franquia, sendo este de, no máximo, 15 (quinze) dias, e será contado, para cada evento, a partir da data de afastamento do Segurado da sua principal atividade declarada na Proposta de Adesão. Durante este período, o Segurado não terá direito à percepção do capital segurado.

8.2.1. A contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.

8.3. As coberturas de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias por Internação no Exterior (DIEX) e Diárias por Convalescença (DCON) estão sujeitas à franquia de 1 (uma diária).

8.4. A franquia é dedutível por evento, exceto se o segurado voltar a se afastar em decorrência do mesmo evento dentro de sessenta dias contados da cessação do benefício anterior, nesse caso o Segurado não está sujeito ao cumprimento de nova Franquia.

8.5. A franquia da cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD) não poderá ser superior a 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA 9 - FORMA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO

9.1. Este seguro deverá ser contratado por meio de apólice coletiva, destinada a garantir coberturas securitárias para grupos de pessoas físicas vinculadas ao Estipulante ou Sub-estipulante. A contratação de seguros por meio de apólice coletiva será realizada mediante Proposta de Contratação assinada pelo Estipulante e, se houver, pelo Sub-estipulante e os vínculos devem ser anterior a Proposta e não securitário.

9.2. A adesão do Segurado à Apólice coletiva deverá ser realizada mediante a assinatura da Proposta de Adesão, após tomar conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais.

- 9.3. As alterações durante a vigência do Seguro serão realizadas mediante assinatura da respectiva Proposta de Contratação e posterior formalização por meio de endosso à Apólice coletiva.

CLÁUSULA 10 - ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DO SEGURO

- 10.1. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.
- 10.2. A proposta de adesão deverá ser apresentada, com o devido preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde, devidamente assinada pelo proponente, seu representante legal ou pelo corretor de seguros. A Seguradora tem o prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados a partir da data de protocolo na Seguradora para aceitação ou recusa do risco.
- 10.3. **O prazo de 25 (vinte e cinco) dias será suspenso, quando a Seguradora verificar que as informações contidas na proposta de contratação são insuficientes e solicitar a apresentação de informações, declarações, exames médicos ou documentação complementar para auxiliar na avaliação do risco. A contagem do prazo de 25 (vinte e cinco) dias voltará a reiniciar no dia imediatamente seguinte em que for apresentado o que foi solicitado.**
- 10.4. Não havendo manifestação da Seguradora no prazo de 25 (vinte e cinco) dias, o risco estará automaticamente aceito. A não aceitação da proposta de contratação será formalmente comunicada, ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, com justificativa da recusa.
- 10.5. Na proposta deverão ser prestadas todas as informações sobre o risco que permitirão à Seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro.
- 10.6. A emissão e disponibilização da Apólice/Certificado dentro do prazo de análise da Proposta materializa a sua aceitação pela Seguradora.
- 10.7. A não aceitação da Proposta de Contratação ou da Proposta de Adesão será comunicada ao Proponente por escrito, acompanhada da justificativa da recusa. Em caso de aceitação da Proposta de Contratação, a a Seguradora e o Estipulante deverão proceder à assinatura do Contrato Coletivo.
- 10.8. Haverá cobertura provisória para sinistros ocorridos durante o prazo de análise, a partir do início de vigência declarado na proposta.

10.8.1. Havendo a recusa da Proposta de Contratação ou de Adesão, a cobertura provisória cessará imediatamente após a comunicação formal

da recusa pela Seguradora. Nesse caso, a diferença entre o valor pago pelo Proponente e o valor correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura provisória será restituída ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa. Caso não tenha sido efetuado o pagamento de nenhum valor antecipadamente, poderá a Seguradora cobrar o prêmio “pró-rata dia” referente ao período de cobertura provisória.

- 10.9. Em caso de aceitação da proposta, a Seguradora irá considerar o período de cobertura provisória como de efetiva vigência do Seguro.
- 10.10. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data do acidente.
- 10.11. Poderão ser incluídos no seguro todas as pessoas físicas do grupo segurável, que preencham as condições de elegibilidade estabelecidas na Proposta de Contratação, mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão.
- 10.12. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio eventualmente pago referente ao período a decorrer.
- 10.13. Poderão ser incluídos no Seguro, como segurados dependentes, o cônjuge, filhos, pai, mãe, sogro e sogra do Segurado Principal, , a depender da cobertura contratada.
- 10.13.1. A inclusão de dependentes no Seguro poderá ser feita das seguintes formas:

Adesão Automática: para a inclusão de cônjuge e filhos dos segurados principais; ou

Adesão Facultativa: para a inclusão de pais, mães, sogros e sogras, quando estes o autorizarem, especificamente para Auxílio Funeral por Acidente (AUX-MA).

a) A inclusão dos pais, mães, sogros e sogras deve ser feita apenas de forma facultativa.

b) Na contratação de forma facultativa, o segurado principal deverá fornecer, obrigatoriamente, informações sobre o segurado dependente como o nome completo, número único de identificação e grau de parentesco.

- 10.14. Os(as) companheiros(as) dos Segurados principais, que já se encontravam separados judicialmente, ou de fato, quando contrataram o seguro, serão

equiparados aos cônjuges.

- 10.15. 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.
- 10.16. O Capital Segurado dos segurados dependentes não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal.
- 10.17. Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas de funeral, seja na condição de Segurado Principal ou Dependente.
- 10.18. Os prêmios relativos aos segurados dependentes serão pagos pelo Segurado Principal junto com os prêmios de suas próprias coberturas.
- 10.19. **Inclusão Automática de Cônjuge:** Desde que contratadas para o segurado principal, fica facultada a contratação das seguintes coberturas para o Cônjuge do Segurado: Morte Acidental (MA), Auxílio Funeral por Acidente (AUX – MA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).
- 10.20. **Inclusão Automática de Filhos:** Desde que contratadas para o segurado principal, fica facultada a contratação das seguintes coberturas para os Filhos do Segurado: Morte Acidental (MA), Auxílio Funeral por Acidente (AUX – MA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).
- 10.21. A inclusão automática de filhos fica condicionada à inclusão automática de cônjuge
- 10.22. São considerados filhos do Segurado Principal, **para fins deste Seguro**, os seguintes dependentes econômicos:
- a) o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
 - b) filho (a) ou enteado (a) universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, até 24 (vinte e quatro) anos;
 - c) menor, de até 21 (vinte e um) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
 - d) irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um) anos, desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho

- e) irmão(ã), neto (a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 (vinte e um) anos até 24 (vinte e quatro) anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até 21 (vinte e um) anos;
 - f) O absolutamente incapaz, do qual o Segurado principal seja tutor ou curador.
- 10.23. O Beneficiário do dependente cônjuge será o próprio Segurado principal, para eventos decorrentes de morte;
- 10.24. Para os demais casos, o beneficiário será aquele indicado e na sua ausência, serão considerados os beneficiários na forma da lei.

CLÁUSULA 11 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 11.1. O início e término da vigência do seguro, se darão às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas no Certificado Individual.
- 11.2. O Seguro tem vigência por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento desde que comunicado com 30 (trinta) dias de antecedência, sem devolução dos prêmios pagos de acordo com a forma contratada nos termos do Contrato de Seguro.
- 11.3. A renovação automática do Seguro poderá ocorrer de forma sucessiva estendendo-se além da primeira renovação, preservando as informações da vigência anterior.
- 11.4. A renovação automática do seguro não será realizada nas seguintes hipóteses:
 - 11.4.1. Caso o Segurado comunique à Seguradora o desinteresse na renovação, mediante aviso prévio antes do final de vigência do seguro
 - 11.4.2. Caso a Seguradora comunique ao Segurado o desinteresse na renovação, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias antes do final de vigência do seguro.
- 11.5. No caso de renovação do seguro, não será iniciado novo prazo de carência, exceto se houver solicitação para aumento de capital segurado
- 11.6. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do seguro, se este não for renovado.
- 11.7. Qualquer modificação na apólice vigente que implicar em ônus ou dever

para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado ou seu(s) representante(s).

CLÁUSULA 12 - ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

- 12.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre as partes.
- 12.2. Caso a alteração na Apólice coletiva implique ônus ou dever para os segurados, ou a redução de seus direitos, a referida alteração dependerá da concordância expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, ratificada pelo correspondente endosso.
- 12.3. Quando a alteração não implicar ônus, dever ou redução de direitos aos segurados, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do Estipulante.
- 12.4. Caso o Segurado deseje aumentar espontaneamente o(s) seu(s) Capital(is) Segurado(s), 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.

CLÁUSULA 13 - PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 13.1. O custeio do Seguro poderá ser:
 - a) **Contributário**, em que os Segurados pagam o prêmio, total;
 - b) **Parcialmente contributário**, em que os Segurados pagam parte do prêmio e o Estipulante paga a outra parte;
 - c) **Não contributário**, em que os Segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago pelo Estipulante.
- 13.2. No caso de seguro contributário, mediante acordo, o Estipulante poderá se responsabilizar pelo recolhimento e o repasse dos prêmios à Seguradora, conforme as condições estabelecidas no Contrato Coletivo. O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não prejudicará os Segurados.
- 13.3. Não será cobrado qualquer valor que exceda ao destinado ao custeio do Seguro. Quando houver cobrança aos segurados de outros valores devidos ao Estipulante juntamente com o prêmio, é obrigatório que esses valores constem discriminados e em apartado no documento de cobrança do

prêmio

- 13.4. O prêmio do seguro poderá ser único ou periódico, a ser pago em parcela única, à vista ou de modo fracionado, de acordo com o estabelecido na contratação e na Proposta de Adesão do seguro.
- 13.5. A forma de pagamento, periodicidade e juros, quando aplicável, deverão constar na Proposta de Contratação. A data limite para pagamento será especificada no documento de cobrança.
- 13.6. Se a data de vencimento cair em um dia que não haja expediente bancário, como feriados ou fins de semana, é permitido realizar o pagamento no dia útil subsequente, não implicando em qualquer penalidade ou em atraso no pagamento.
- 13.7. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado o seu pagamento, o direito à indenização não ficará prejudicado, mas ficará condicionado ao pagamento do prêmio em aberto.
- 13.8. Quando a forma de cobrança do prêmio for por meio de 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 solicitação escrita do Segurado. A ausência de repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos por consignante não poderá causar qualquer prejuízo ao segurado ou respectivos beneficiários no que se refere às coberturas do Seguro.
- 13.9. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios, o débito efetuado em conta bancária, em cartão de crédito, o recibo de pagamento bancário, devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.
- 13.10. A data para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma das parcelas é o dia de vencimento estipulado no documento de cobrança.

CLÁUSULA 14 - FALTA DO PAGAMENTO DO PRÊMIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

- 14.1. Se o pagamento da primeira parcela do prêmio do seguro ou do valor total em caso de prêmio único à vista não ocorrer até a data de seu vencimento, não estará caracterizada a efetivação do Seguro. Nesse caso, o Segurado não terá direito a qualquer tipo de cobertura ou indenização.

- 14.2. Na hipótese de inadimplência de qualquer parcela mensal posterior à primeira, a Seguradora notificará o Segurado sobre as parcelas de prêmio pendentes, bem como sobre a incidência de juros e atualização monetária aplicáveis, concedendo prazo não inferior a 15 dias contados do recebimento da notificação, para pagamento dos valores.
- 14.3. Será concedido prazo de tolerância de até 90 dias, contados da data de vencimento da primeira parcela não paga, para a regularização dos débitos em atraso.
- 14.4. Por liberalidade da Seguradora, os sinistros ocorridos dentro do período de tolerância serão cobertos, com a respectiva cobrança do prêmio devido. A Seguradora poderá compensar da indenização o valor do prêmio em aberto, acrescido de juros de mora e atualização monetária, quando cabível.
- 14.4.1. Ultrapassado o prazo de 90 (noventa) dias após a última notificação do Segurado ou do Estipulante quanto às parcelas pendentes, e não tendo o Segurado efetuado o pagamento das parcelas em atraso, o Seguro será automaticamente cancelado, sem direito a qualquer restituição dos prêmios anteriormente pagos.**

CLÁUSULA 15 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 15.1. Aplicabilidade decorrido prazo de pagamento da indenização:
- 15.1.1. O capital segurado passa a ser atualizado pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, pro rate die, calculado a partir da data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, com a aplicação de juros de multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente, sem prejuízo dos juros legais e da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos. O não pagamento do Prêmio na forma e no prazo previstos, implicará na aplicação de juros de mora conforme a taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (Selic), deduzido o índice de atualização monetária, conforme o art. 406, §1º, do Código Civil, a partir do primeiro dia de descumprimento do prazo até o efetivo pagamento além de sua atualização monetária pelo índice IPCA/IBGE, calculado a partir da data em que se tornar exigível até a data do efetivo pagamento.
- 15.2. Aplicabilidade em devoluções de prêmios:
- 15.2.1 Os valores devidos pela Seguradora a título de devolução de prêmios

sujeitam-se a atualização monetária mediante a aplicação do índice IPCA/IBGE , a partir da data em que se tornarem exigíveis até a data da efetiva devolução.

- a) Considera-se a data de exigibilidade para fins de atualização de valores em decorrência de devolução de prêmio:

g) no caso de cancelamento do Seguro por iniciativa do segurado, a partir da data do recebimento da solicitação do cancelamento pela Seguradora. E no caso de o cancelamento ocorrer por iniciativa da Seguradora, a partir da data do efetivo cancelamento;

b) no caso de recebimento indevido de prêmio, a partir da data de recebimento do prêmio.

15.2. Aplicabilidade em capitais segurados:

- a) Os Capitais Segurados, as Diárias Seguradas e os prêmios serão atualizados a cada período de 12 (doze) meses na data de aniversário da apólice do Seguro, com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo 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.
- b) Nas apólices de Seguro cujos 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.
- c) A atualização monetária não se aplica às apólices com vigência inferior a um ano.

15.3. Na eventualidade de ser extinto o IPCA/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva acumulada do Índice IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

15.4. Os índices e o período de correção poderão ser alterados por força de lei ou regulatória pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

CLÁUSULA 16 - RECÁLCULO DA(S) TAXA(S) DO SEGURO

16.1. Seguradora efetuará, na data estabelecida no Contrato de Seguro, avaliações da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com

base nos sinistros verificados no decorrer de vigência do seguro e nos prêmios efetivamente recebidos.

- 16.2. Havendo necessidade de ajustes na taxa do seguro, a nova taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário do seguro e o Segurado será comunicado previamente, com, no mínimo, 90 (noventa) dias de antecedência do final da vigência do seguro.
- 16.3. Alterações em periodicidades diferentes poderão ser feitas desde que previstas no Contrato de Seguro .

CLÁUSULA 17 – CAPITAL SEGURO

- 17.1. Na contratação do Seguro, deverá ser escolhida uma das modalidades de Capital Seguro , apresentadas abaixo.
- a) Uniforme : O Capital Seguro é igual para todos os Segurados;
- b) Múltiplo Salarial : O Capital Seguro é resultante da multiplicação do salário mensal do Segurado pelo fator contratado.
- c) Livre Escolha : O Capital Seguro é escolhido no ato da assinatura da Proposta de Contratação e/ou Adesão , quando houver.
- 17.2. Para efeito de determinação do Capital Seguro, na liquidação do sinistro, será considerado a data do evento.

CLÁUSULA 18 - BENEFICIÁRIO(S)

- 18.1. O(s) Beneficiário(s) do Seguro será(ão) aquele(s) designado(s) pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.
- 18.2. Na falta de indicação expressa de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão Beneficiários aqueles indicados por lei.
- 18.3. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários recebida pela Seguradora. Caso o segurado não dê ciência à Seguradora da sua intenção de substituição de seu(s) Beneficiário(s) na forma prevista, o pagamento será realizado aos últimos Beneficiários indicados pelo segurado.
- 18.4. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada),

Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias de Internação no Exterior (DIEX), e Renda Temporária por Incapacidade Decorrente de Acidente (RTIA), o próprio Segurado será o Beneficiário.

- 18.5. Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito aos Beneficiários indicados e na sua ausência.
- 18.6. Em caso de falecimento de um dos Beneficiários indicados antes do óbito do segurado e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com a distribuição do capital segurado destinado ao Beneficiário pré-morto entre os demais Beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pelo Segurado a cada um, de forma a preservar a sua manifestação de vontade.
- 18.7. Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os Beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

CLÁUSULA 19 - REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 19.1. Os Capitais Segurados das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada) somente serão reintegrados em caso de invalidez parcial, e a reintegração será automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.
- 19.2. Em caso de invalidez permanente total por acidente, não haverá reintegração do Capital Segurado relativo às coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) o Seguro será automaticamente cancelado.
- 19.3. A reintegração do Capital Segurado relativo às coberturas adicionais de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), de Diárias por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias por Internação em U.T.I (DUTI), Diárias por Internação no Exterior (DIEX), Diárias por Convalescença (DCON) é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.
- 19.4. Renda Temporária por Incapacidade Decorrente de Acidente (RTIA) é necessário que se comprove, pelo menos, o período decorrido de 6 (seis)

meses consecutivos entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

- 19.5. Perda de Renda (PRD) é necessário que se comprove, pelo menos, 12 (doze) meses consecutivos de trabalho com um mesmo empregador, entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.
- 19.6. Não haverá possibilidade de reintegração do capital Segurado relativo às demais coberturas.

CLÁUSULA 20 - COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 20.1. Sob pena de perder o direito à indenização, o Segurado deverá comunicar a ocorrência do sinistro à Seguradora, informando todas as circunstâncias do evento, tão logo tome conhecimento, devendo adotar as providências imediatas para minorar suas consequências, observado o disposto na Cláusula "Perda de Direitos", encaminhando todos os documentos básicos exigidos para cada tipo de cobertura.
- 20.2. **Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.**
- 20.3. A comunicação feita por carta registrada ou outro meio disponibilizado pela Seguradora não exonera a obrigação da apresentação do formulário de Aviso de Sinistro original à Seguradora.
- 20.4. O prazo máximo para a liquidação do Sinistro é de 30 (trinta) dias, para manifestar-se sobre a cobertura, sob pena de decair do direito de recusá-la, contado da data de apresentação da reclamação ou do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhados de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.
 - a) Após reconhecida a cobertura, a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou o capital estipulado.
- 20.5. **Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou ao Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos nas cláusulas 20.9 e 20.10 e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo**

mencionado no subitem 20.4 desta Cláusula será suspenso por no máximo 2 (duas) vezes, voltando a correr a partir do dia útil subsequente ao recebimento pela Seguradora dos documentos e informações complementares. Caso o capital segurado a ser indenizado não seja superior a 500 (quinhentos) salários mínimos vigentes a suspensão do prazo será de 1 (uma) vez.

- 20.6. Para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.
- 20.7. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta do Beneficiário do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 20.8. Para liquidação de sinistro é necessário o envio, pelo Segurado ou Beneficiário, à Seguradora, dos documentos básicos abaixo indicados de cada cobertura contratada, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas.
- 20.9. **Para todos os casos de sinistro, a ocorrência será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos básicos do Segurado:**
- a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, e devidamente preenchido em todos os seus campos.
 - b) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado e quando menor de 18 anos, a Certidão de Nascimento;
 - c) Cópia do Comprovante de Residência do Segurado
 - d) Cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;
- 20.10. **Documentos básicos do(s) Beneficiário(s):**
- a) Cópia do comprovante de residência do Beneficiário, independentemente de qual seja o Beneficiário descrito nos itens abaixo:
 - a.1) Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada com a averbação do óbito, Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento;

- a.2) Companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, documento que comprove a união estável na data do evento e Formulário de autorização de pagamento;
- a.3) Filhos: Certidão de Nascimento ou cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e Formulário de autorização de pagamento;
- a.4) Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento; e
- a.5) Beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito, se houver o evento.
- a.6) Declaração de únicos Herdeiros: caso o Segurado não tenha indicado seu(s) Beneficiário(s), em conjunto com a documentação de regulação de sinistros, deverá ser encaminhada a declaração de únicos herdeiros juntamente com a documentação do(s) respectivo(s) Beneficiário(s).
- a.7) Na ausência de Beneficiário(s) indicado(s) e se houver filhos, Declaração de filhos firmada em cartório e assinada por duas testemunhas, informando quantos e quais são os filhos do Segurado, se os filhos forem os Beneficiários.

20.11. Não será aceito, para fins de liquidação do Sinistro, documento emitido por Médico que seja o próprio Segurado, seu cônjuge/Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização

20.12. Para acionamento da Cobertura Morte Acidental (MA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- e) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
- f) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

20.13. Para acionamento da Cobertura Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação

prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- 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 (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez, esclarecendo os questionamentos no formulário de Aviso de Sinistro, na ausência do envio do mesmo;
- c) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo 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) Cópia do boletim de pronto atendimento hospitalar;
- f) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado
- g) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e Cópia do comprovante de residência do Segurado.
- h) Cópias dos exames que diagnosticaram as sequelas deixadas pelo acidente;
- i) Laudo dos exames que diagnosticaram as sequelas deixadas pelo acidente.

20.14. Para acionamento da Cobertura Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) no item 20.10:

- 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 (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez, esclarecendo os questionamentos no formulário de Aviso de Sinistro, na ausência do envio do mesmo;
- c) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo 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) Cópia do boletim de pronto atendimento hospitalar;
- f) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado
- g) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e Cópia do comprovante de residência do Segurado.

- h) Cópias dos exames que diagnosticaram as sequelas deixadas pelo acidente;
- i) Laudo dos exames que diagnosticaram as sequelas deixadas pelo acidente

20.15. Para acionamento da Cobertura Auxílio Funeral por Acidente (AUX-MA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) no item 20.10:

- a) Reembolso de Despesas com Funeral;
- b) Originais dos comprovantes das despesas com Funeral;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindoDDD) do custeador das despesas com funeral.
- d) Se o custeador for Pessoa Jurídica, encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social, em caso de termo de Cessão à empresa.

20.16. Reembolso de Despesas com Locação de Jazigo:

- a) Cópia do Contrato de locação do Jazigo;
- b) Originais dos comprovantes das despesas com a locação do jazigo;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindoDDD) do responsável pela locação do Jazigo.

20.17. Reembolso de Despesas com Repatriamento do Corpo:

- a) Cópia autenticada do documento oficial comprobatório do repatriamento do corpo;
- b) Originais dos comprovantes das despesas com o repatriamento do corpo;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindoDDD) do custeador das despesas com o repatriamento;
- d) Se o custeador for Pessoa Jurídica, encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social.

20.18. Para menores de 14 (quatorze) anos, somente está previsto o reembolso de despesas com funeral, não estando previsto o reembolso de despesas com locação ou compra de jazigo ou repatriamento de corpo.

20.19. A documentação informada acima é básica, podendo ser solicitados outros documentos complementares.

20.20. Para acionamento da Cobertura Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- 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 (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez, esclarecendo os questionamentos no formulário de Aviso de Sinistro, na ausência do envio do mesmo;
- c) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo 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) Cópia do boletim de pronto atendimento hospitalar;
- f) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado
- g) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e Cópia do comprovante de residência do Segurado.
- h) Cópias dos exames que diagnosticaram as sequelas deixadas pelo acidente;
- i) Laudo dos exames que diagnosticaram as sequelas deixadas pelo acidente.

20.21. Para acionamento da Cobertura Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- 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 (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;
- c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- d) Recibos originais de pagamentos efetuados aos prestadores de serviços médico-hospitalares;
- e) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do

Segurado.

20.22. Para acionamento da Cobertura Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- 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 por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) 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;
- c) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

20.23. Para acionamento da Cobertura Diárias de Internação em U.T.I (DUTI) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- 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 por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) 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;
- c) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

20.24. Para acionamento da Cobertura Diárias de Internação no Exterior (DIEX) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- 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 por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) 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;
- c) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

20.25. Para acionamento da Cobertura Diárias de Convalescença (DCON) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- 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 por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) 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;
- c) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

20.26. Para acionamento da Cobertura Renda Temporária por Incapacidade por Acidente (RTIA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Atestado médico original, com firma reconhecida, que comprove o afastamento do trabalho, informando inclusive o número de dias de afastamento;
- b) Cópia de todos os exames complementares realizados;
- c) Relatório médico onde deve constar a data do evento, diagnóstico e tratamento realizado;
- d) Documento original, comprobatório da incapacidade, expedido por órgão oficial da previdência;
- e) Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- f) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- g) Formulário de comprovação de Acidente de Trabalho e/ou Acidente Pessoal, caso houver;
- h) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- i) Documentos de baixa hospitalar expedido pela administração do hospital (em caso de internação para realização de cirurgia);
- j) Cópia autenticada do comprovante de renda, se profissional autônomo enviar a declaração do imposto de renda e/ou declaração do contador, se profissional com vínculo empregatício enviar o contracheque;
- k) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado

20.27. Para acionamento da Cobertura Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- 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) O atestado de médico habilitado, em formulário a ser fornecido pela Seguradora, indicando o prazo de duração previsto em função da incapacidade adquirida pelo Segurado;
- d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

20.28. Para acionamento da Cobertura Rescisão Contratual por Morte por Acidente (RCMA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Cópia autenticada do Contrato de Trabalho firmado entre o Segurado e o Estipulante;
- b) Cópia autenticada da carteira de Trabalho atualizada;
- c) Comprovante de pagamento do salário do mês da ocorrência do óbito;
- d) Cópia autenticada do termo de rescisão do Contrato de Trabalho.

20.29. Para acionamento da Cobertura Despesas Diversas Por Acidente (DDA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- 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 (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;
- c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- d) Recibos originais de pagamentos efetuados aos prestadores de serviços médico-hospitalares;
- e) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado.

20.30. Para acionamento da Cobertura Morte Acidental Vitima de Crime (MA-VC) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos

seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- e) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
- f) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

20.31. Para acionamento da Cobertura Invalidez Permanente Total por Acidente Vitima de Crime (IPTA-VC) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- 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 (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez, esclarecendo os questionamentos no formulário de Aviso de Sinistro, na ausência do envio do mesmo;
- c) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo 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) Cópia do boletim de pronto atendimento hospitalar;
- f) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado
- g) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e Cópia do comprovante de residência do Segurado.
- h) Cópias dos exames que diagnosticaram as sequelas deixadas pelo acidente;
- i) Laudo dos exames que diagnosticaram as sequelas deixadas pelo acidente

- 20.32. 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 que forem diretamente realizadas pela Seguradora.
- 20.33. No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.
- 20.34. 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 Capital Segurado contratado e estabelecido na apólice, atualizado monetariamente.
- 20.35. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.
- 20.36. Divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza ou extensão das lesões ou doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, devem ser submetidas a uma junta médica, proposta pela Seguradora por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 25 (vinte e cinco) dias contados da data da contestação. A junta médica será constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 20.37. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro, desempatador, será paga por ambos, em partes iguais.
- 20.38. 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 cobertura em todas as apólices em vigor, nesta ou em outras Seguradoras, na data do evento.
- 20.39. As indenizações decorrentes das coberturas de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPAMajorada), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e Auxílio Funeral por Acidente (AUX-MA) serão pagas sob a forma de pagamento único.

- 20.40. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no Formulário de Aviso de Sinistro e nos comprovantes da internação hospitalar.
- 20.41. Caso o Segurado esteja internado na data de vencimento do prêmio do Seguro, a cobertura dar-se-á até a sua alta hospitalar, observado o limite de diárias do Seguro.
- 20.42. As indenizações decorrentes das coberturas de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias de Internação em U.T.I (DUTI), Diárias de Internação no Exterior (DIEX), serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, respeitado o período indenizável de cada cobertura.
- 20.43. As indenizações decorrentes da cobertura de Renda Temporária por Incapacidade Decorrente de Acidente (RTIA) será paga mensalmente durante o período em que o Segurado se encontrar incapaz, observado o limite contratual máximo de cada cobertura.
- 20.44. Para a cobertura de Renda Temporária por Incapacidade Decorrente de Acidente (RTIA), caso o Segurado venha a falecer durante o período de recebimento do Seguro, a Renda Mensal Temporária será paga ao(s) seu(s) Beneficiário(s).
- 20.45. Para a cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar, eventuais diárias a serem indenizadas serão pagas ao(s) Beneficiário(s) até a data do falecimento.
- 20.46. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

CLÁUSULA 21 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SEGURADO

- 21.1. **Constituem obrigações do Estipulante e Segurado, sem prejuízo de outras obrigações previstas ao longo das Condições Contratuais:**
- a) **Comunicar o sinistro à Seguradora tão logo tome conhecimento e adotar as providências imediatas para minorar suas consequências.**
 - b) **Comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto.**
 - c) **Cumprir com as disposições previstas nas Condições Contratuais.**

- d) **Agir com boa-fé.**
 - e) **Fornecer à Seguradora dados e informações corretas e precisas para a adequada análise do risco.**
- 21.2. O Segurado obriga-se a comunicar à Seguradora, de forma imediata e por meio dos canais disponibilizados, qualquer alteração em seus dados cadastrais, tais como endereço, telefone, e-mail, estado civil, composição societária (quando aplicável) ou qualquer outra informação relevante para a manutenção do contrato.
- 21.3. A falta de comunicação poderá implicar na impossibilidade de envio de notificações, cobrança de prêmios ou regulação de sinistros, não podendo ser imputada à Seguradora qualquer responsabilidade por prejuízos decorrentes dessa omissão.
- 21.4. Caso a alteração cadastral implique em modificação do risco originalmente contratado, a Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias contados do recebimento da comunicação, ajustar as condições do seguro ou cancelar a cobertura, conforme previsto na legislação e nas Condições Contratuais.
- 21.5. **Se o Segurado deixar de informar, de forma intencional, qualquer fato relevante sobre seu estado de saúde, atividades, histórico médico ou outras informações necessárias para a avaliação do seguro, ele perderá o direito à cobertura prevista neste contrato. Caso a não informação seja de forma culposa a Seguradora reduzirá o direito a cobertura de forma proporcional entre prêmio que foi pago e o prêmio que deveria ter sido cobrado caso a informação correta tivesse sido prestada no momento da contratação.**
- 21.6. Cabe ao Estipulante:
- a) à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais
 - b) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro
 - c) Discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade

- d) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente
- e) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração
- f) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros
- g) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido
- h) 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
- i) 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
- j) 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 coberturas, e sujeita o Estipulante às cominações legais

CLÁUSULA 22 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

22.1. O Segurado perderá o direito à indenização, permanecendo responsável pelo pagamento do prêmio vencido, nas seguintes situações:

- a) **Quando o Segurado deixar de informar, de forma intencional, qualquer fato relevante sobre seu estado de saúde, atividades, histórico médico ou demais informações necessárias para a avaliação do risco, haverá a perda integral do direito à cobertura prevista neste contrato.**
- b) **Se a falta de informação ocorrer sem intenção, a Seguradora reduzirá a cobertura de forma proporcional à diferença entre:**
 - a) **o prêmio efetivamente pago, e**
 - b) **o prêmio que seria devido caso as informações corretas tivessem sido prestadas no momento da contratação.**

- c) **O Segurado perderá o direito à indenização caso seja constatada fraude ou tentativa de fraude praticada por ele, seus beneficiários, representantes ou prepostos, incluindo:**
- a) **se o Segurado provocar intencionalmente o sinistro.**
 - b) **agravamento de risco intencional de suas consequências com o objetivo de obter pagamento indevido.**

CLÁUSULA 23 - CANCELAMENTO DO SEGURO

- 23.1. **O seguro será automaticamente cancelado se decorridos 90 (noventa) dias após a última notificação do vencimento da parcela do prêmio sem o pagamento.**
- 23.2. **O Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.**
- 23.3. A apólice coletiva poderá ser cancelada mediante a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado e consequente cancelamento dos certificados individuais vinculados à apólice coletiva nos seguintes casos:
- 23.4. Ocorrendo a rescisão do seguro, subsistirão as obrigações das partes por prêmios devidos e sinistros ocorridos na sua vigência, observados os prazos prescricionais previstos na legislação brasileira e os certificados individuais emitidos com data de início anterior à data de rescisão da apólice permanecerão em vigor até os seus respectivos vencimentos.

CLÁUSULA 24 - CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 24.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência do certificado individual, se esta não for renovada.
- 24.2. A cobertura individual cessa quando da ocorrência de sinistro vinculado às coberturas de Morte.
- 24.3. A cobertura individual cessa quando do pagamento de sinistro vinculado às coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou quando do pagamento de sinistro vinculado às coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Total Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada), desde que a invalidez apresentada pelo Segurado seja total, ou seja, avaliada em um grau de 100%

(cem por cento).

24.4. A cobertura do Segurado cessa, ainda:

- a) Quando o Segurado solicitar o cancelamento do seguro;
- b) Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" destas Condições Contratuais;

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

- a) Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- b) Se o Segurado Principal deixar o grupo segurado;
- c) No caso de cessação da condição de Dependente.
- e) **Com o pagamento de capital Segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;**
- f) **Em relação ao cônjuge, na ocorrência de separação judicial/de fato ou divórcio;**
- g) **Em relação ao cônjuge, no caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR, quando se tratar de companheiro(a);**
- h) **Em relação ao cônjuge, na ocorrência de dissolução da união estável;**
- i) **Com a morte do Segurado principal dos segurados dependentes, sua invalidez permanente total por acidente ou sua invalidez funcional permanente e total por doença; e**
- j) **Com a inclusão do Segurado dependente como Segurado Principal em outra apólice destemismo plano de seguro.**

CLÁUSULA 25 - EXCEDENTE TÉCNICO

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

25.1.1. 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, 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 registradas durante o período;
 - b.2)Comissões de administração (Pró Labore e Agenciamento) registradas durante o período;
 - b.3)Valor total dos sinistros;
 - b.4)Despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante.
 - b.5)As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:
 - b.6)O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
 - b.7)O aviso à seguradora, para sinistros;
 - b.8)A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
 - b.9)As datas em que incorreram, para as despesas de administração.
- 25.2. 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 ou estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no Contrato de Seguro.
- 25.3. A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no Contrato de Seguro no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última emissão, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
- 25.4. Nos seguros parciais 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.
- 25.5. 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.

CLÁUSULA 26 – REGIME FINANCEIRO

- 26.1. O presente Seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, de modo que não há qualquer previsão de devolução, resgate ou portabilidade de prêmios.

CLÁUSULA 27 – OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

- 27.1. Comunicar aos segurados os casos de não repasse à sociedade seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse;

- 27.2. Prestar ao Estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.
- 27.3. A seguradora obriga-se, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado ou do beneficiário, conforme coberturas dispostas no Certificado Individual.

CLÁUSULA 28 – DO INTERESSE LEGÍTIMO

- 28.1. A eficácia deste contrato de seguro depende da **existência de interesse legítimo**, entendendo-se como tal a relação jurídica, econômica ou contratual que justifique a contratação das respectivas garantias.
- 28.2. Na hipótese de o interesse legítimo ser superveniente, a eficácia do contrato iniciar-se-á **a partir da data de verificação desse interesse**, observada a vigência da apólice.
- 28.3. Se o interesse legítimo for **parcial**, o contrato produzirá efeitos na proporção da parte útil, permanecendo ineficaz quanto à parte inexistente.
- 28.4. Caso seja ou se torne **impossível a existência do interesse legítimo**, o contrato será considerado **nulo de pleno direito**.

CLÁUSULA 29 – DA INEXISTÊNCIA, EXTINÇÃO/REDUÇÃO DO INTERESSE LEGÍTIMO

- 29.1. Extinto o interesse legítimo, o contrato será **resolvido de pleno direito**, assegurado ao Segurado ou aos seus herdeiros legais a **devolução proporcional do prêmio**, correspondente ao período não decorrido da vigência, **deduzidas as despesas realizadas pela Seguradora com a contratação**
- 29.2. Se ocorrer **redução relevante do interesse**, o valor do prêmio será **proporcionalmente reduzido**, ressalvado, na mesma proporção, o direito da Seguradora às despesas incorridas com a contratação.
- 29.3. A comunicação da extinção ou redução do interesse deverá ser feita pelo Segurado à Seguradora quando da ocorrência do fato gerador.
- 29.4.

CLÁUSULA 30 – CANAIS DE ATENDIMENTO

A Previsul possui canais para você entrar em contato conosco e buscar informações sobre o seu produto.

Atendimento via Whatsapp 

+55(11) 3003-6773 – Tire dúvidas, encontre informações, faça solicitações de documentos e comunique/acompanhe seu sinistro.

Segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h. Exceto feriados nacionais.

Fale conosco

Tire dúvidas, encontre informações, faça solicitações de documentos ou cancelamentos e comunique/acompanhe seus sinistros

3003-6773 – Capitais e cidades metropolitanas

0800-709-8059 – Demais localidades .

Segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h. Exceto feriados nacionais.

Acione sua assistência

3003-6773 – Capitais e cidades metropolitanas

0800-709-8059 – Demais localidades .

Serviço 24h, 7 dias por semana, inclusive feriados nacionais.

SAC 24 horas

0800-722-0264 - Capitais, cidades metropolitanas e demais localidades

Todos os dias da semana, 24 horas por dia, inclusive em feriados nacionais.

As ligações podem ser a cobrar.

Ouvidoria

Reclamações não atendidas satisfatoriamente por outros canais, ou sugestões e elogios.

Para acessar informe o número de protocolo anterior fornecido pelos nossos outros canais de atendimentos de voz ou digital

0800-722-0266 - Capitais, cidades metropolitanas e demais localidades

Segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h. Exceto feriados nacionais.

Central de atendimento ao surdo

Faça a chamada a partir de um aparelho adaptado com teclado alfanumérico.

0800-702-4260 – Capitais, cidades metropolitanas e demais localidades

Segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h. Exceto feriados nacionais.

ANEXO I - TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

	Discriminação	% sobre CS	Discriminação	% sobre CS
Invalidez permanente				
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 rádio-ulnares	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:		Perda total do uso de uma falange do 1º. Dedo, indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	De 5 (cinco) centímetros ou mais	15		
	De 4 (quatro) centímetros ou mais	10		
	De 3 (três) centímetros	06		
	Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização			