

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

Versão 5: fevereiro/2025

SUMÁRIO

CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES.....	4
CLÁUSULA 2 - OBJETIVO DO SEGURO.....	4
CLÁUSULA 3 - DEFINIÇÕES	5
CLÁUSULA 4 - RISCOS COBERTOS.....	8
CLÁUSULA 5 – COBERTURAS DO SEGURO	9
CLÁUSULA 6 – DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS BÁSICAS.....	10
CLÁUSULA 7 – DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS ADICIONAIS	16
CLÁUSULA 8 – RISCOS EXCLUÍDOS	19
CLÁUSULA 9 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	20
CLÁUSULA 10 - CARÊNCIA.....	21
CLÁUSULA 11 - FRANQUIA	21
CLÁUSULA 12 – FORMA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO	21
CLÁUSULA 13 – ACEITAÇÃO DO SEGURO	21
CLÁUSULA 14 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	22
CLÁUSULA 15 - ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA.....	23
CLÁUSULA 16 - PAGAMENTO DO PRÊMIO	23
CLÁUSULA 17 – FALTA DO PAGAMENTO DO PRÊMIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS	24
CLÁUSULA 18 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	25
CLÁUSULA 19 - CAPITAL SEGURADO.....	26
CLÁUSULA 20 - BENEFICIÁRIO(S).....	26
CLÁUSULA 21 - REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	27
CLÁUSULA 22 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES	27
CLÁUSULA 23 - COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	28
CLÁUSULA 24 - OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	35
CLÁUSULA 25 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	35
CLÁUSULA 26 - RESCISÃO	36
CLÁUSULA 27 - CANCELAMENTO DO SEGURO	37
CLÁUSULA 28 - CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	37
CLÁUSULA 29 - REGIME FINANCEIRO	37
ANEXO I - TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	39

APRESENTAÇÃO

Nós ficamos 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 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 de seguro.

Conte com a gente! Estaremos sempre ao seu lado cuidando das suas conquistas.

CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1** A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.
- 1.2** O registro deste produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 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** Este plano de 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 15414.900998/2017-14.
- 1.5** Este seguro deverá ser contratado por meio de apólice individual, destinada a garantir coberturas securitárias para pessoas físicas.
- 1.6** Este seguro possui vigência por prazo determinado, tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.
- 1.7** Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário para solucionar quaisquer pendências ou litígios judiciais decorrentes deste contrato de seguro.
- 1.8** Proteção de dados pessoais: A Companhia de Seguros Previdência do Sul - Previsul Seguradora, declara que, para o desempenho das atividades objeto do presente contrato e o cumprimento de obrigações regulatórias e legais, conforme a lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), realizará as tarefas relativas ao tratamento dos dados pessoais do cliente e beneficiários, por si só ou pelas empresas parceiras, no que se refere às informações relacionadas aos dados coletados na contratação e durante a vigência do seguro, pelo prazo de duração deste contrato e pelos prazos legais e regulatórios estabelecidos, contados do término do contrato. Havendo qualquer alteração não prevista no tratamento dos dados pessoais coletados, a Seguradora informará ao cliente. Para obter mais detalhes sobre como utilizamos seus dados pessoais, sobre os parceiros envolvidos e para exercer os direitos listados na LGPD o cliente pode acessar nossa Política de Privacidade, publicada no site www.previsul.com.br.

CLÁUSULA 2 - OBJETIVO DO SEGURO

O presente Seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou aos Beneficiários, o pagamento de indenização ou o reembolso de despesas até o valor do Limite Máximo de Indenização estabelecido para cada cobertura contratada e constante na apólice de Seguro, caso ocorra um evento coberto, conforme previsto nestas Condições Contratuais.

CLÁUSULA 3 – DEFINIÇÕES

3.1 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 independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária do Segurado ou que torne necessário tratamento médico, sendo certo que o suicídio, ou a sua tentativa, será equiparado, para fins de indenização, a Acidente Pessoal.

3.1.1 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 elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- b) acidentes decorrentes de escapamento accidental 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.

3.1.2 Não estão incluídos no Conceito de Acidente Pessoal:

- a) **As doenças (incluídas as profissionais), moléstias ou enfermidades, quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente coberto, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão**

não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definida nestas Condições Contratuais.

3.2 Apólice: documento emitido pela Seguradora, nos termos da regulamentação específica, que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Proponente, nos planos individuais.

3.3 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.

3.4 Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada pelo Segurado para receber a indenização, na hipótese de ocorrência da sua morte. Nas demais coberturas, o beneficiário será o próprio Segurado.

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

3.6 Carência: período contínuo de tempo, 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, a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória, ou seja, em que o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados. Não haverá carência para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido prazo corresponderá a dois anos ininterruptos da contratação.

3.7 Coberturas: conjunto de riscos cobertos que a Seguradora assume perante o Segurado quando da contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.

3.8 Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais e da apólice..

3.9 Consignante: pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento, em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios pagos pelos Segurados.

3.10 Declaração Pessoal de Saúde e Atividades ("DPS"): declaração legal e formal, na qual o proponente presta informações de forma verdadeira, sem omissões sob as penas previstas no art. 766 do Código Civil Brasileiro, sobre seu estado e condições de saúde e/ou de atividades exercidas, e que serão levadas em consideração para avaliação do risco pela Seguradora.

3.11 Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes: sinais, sintomas, estados mórbidos, doenças, lesões e/ ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, contraídas pelo Segurado antes da contratação do seguro e **que seja de seu prévio conhecimento** e não declarados na proposta de contratação do seguro / Declaração Pessoal de Saúde e Atividades.

3.12 Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) cobertura(s) abrangida(s) pelo Seguro.

3.13 Franquia: prazos e/ou valor fixo, que quando previsto, representa a parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela Sociedade Seguradora em caso de Sinistro.

3.14 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.

3.15 Internação Hospitalar: para fins deste Seguro, caracteriza-se como o período mínimo de 12 (doze) horas.

3.16 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.

3.17 Período Indenizável: período máximo, definido nas Condições Contratuais, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado fará jus ao recebimento das Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA), Diárias por Internação em U.T.I. (DUTI), Diárias por Internação no Exterior (DIEX) e Diárias por Convalescença (DCON). **Os períodos de afastamento indenizados não poderão superar o limite do período indenizável.**

3.18 Prêmio: valor pago pelo Segurado à Seguradora para o custeio do seguro, que poderá ser único, periódico ou possuir outra estruturação prevista nestas Condições Contratuais.

3.19 Proponente: pessoa física que apresenta a proposta para a contratação do Seguro.

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

3.21 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 ou ao(s) Beneficiário(s).

3.22 Regulação de Sinistro: conjunto de procedimentos realizados pela Seguradora, após o recebimento do aviso de sinistro, para apuração das causas e demais circunstâncias envolvidas na ocorrência do sinistro, com a finalidade de verificar a caracterização de evento coberto e seu enquadramento no Seguro.

3.23 Riscos Excluídos: riscos preestabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro, que não serão cobertos por este Seguro, e que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização destes eventos.

3.24 Segurado: Pessoa física efetivamente aceita pela Seguradora e incluída no Seguro.

3.25 Sinistro: ocorrência de um evento coberto por estas Condições Contratuais, durante o período de vigência do Seguro.

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

CLÁUSULA 4 - RISCOS COBERTOS

Serão considerados riscos cobertos os eventos que estiverem amparados pelas coberturas expressamente contratadas e indicadas na apólice de Seguro.

4.1 As coberturas disponíveis para contratação são as seguintes:

- 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);
- e) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada);
- f) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
- g) Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA);
- h) Diária de Internação em U.T.I. (DUTI);
- i) Diária de Internação no Exterior (DIEX);
- j) Diárias por Convalescença (DCON);
- k) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA).

4.2 Para cada cobertura contratada é especificado o Limite Máximo de Indenização (LMI) na apólice.

4.3 Nas coberturas contratadas, a seguradora responde integralmente pelos prejuízos decorrentes dos riscos cobertos até o respectivo Limite Máximo de Indenização (LMI).

CLÁUSULA 5 – COBERTURAS DO SEGURO

5.1 As coberturas do Seguro dividem-se em básicas e adicionais, **sendo que o Seguro somente poderá ser contratado com pelo menos uma das coberturas básicas.**

5.2 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).

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

5.4 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).

5.5 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).

5.6 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).

5.7 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).

As coberturas básicas poderão ser contratadas em conjunto ou isoladamente.

5.8 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) Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente (DITA).

As coberturas adicionais não poderão ser contratadas isoladamente.

CLÁUSULA 6 – DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS BÁSICAS

6.1 Morte Acidental (MA): Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento do capital segurado contratado e estabelecido na apólice, 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.

6.1.1 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.

6.2 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 funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

6.3 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 na apólice, 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 a 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

6.3.1 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);

6.3.2 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.

6.3.3 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;

6.3.4 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.

6.3.5 A invalidez permanente total ou parcial por acidente 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.

a) 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.

6.3.6 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).

6.3.7 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.

6.3.8 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.

6.4 Invalidade Permanente Total por Acidente (IPTA): Esta cobertura, quando contratada, garante 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.

6.4.1 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) 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.

6.4.2 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 a Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidade Permanente por Acidente, seja igual ou superior a 100% (cem por cento).

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

6.4.4 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.

6.4.5 A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

- a) 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.

6.4.6 Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento da Indenização por Invalidade Permanente Total por Acidente, o seguro será automaticamente cancelado.

6.4.7 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.

6.5 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 na apólice, em caso de falecimento do Segurado por Morte Acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as demais disposições definidas nestas Condições Contratuais.

6.5.1 A opção pela prestação do serviço intermediado pela Seguradora, ou pela contratação em caráter particular segundo livre escolha para posterior reembolso, deve ser feita mediante indicação expressa do(s) Beneficiário(s).

6.5.1.1 Caso o Beneficiário opte pela prestação do serviço intermediado pela Seguradora, este será prestado conforme disposto na Cláusula 6.5.1.3 destas Condições Contratuais e não será devido qualquer reembolso referente à respectiva despesa.

6.5.1.2 Se houver contratação da cobertura de Auxílio Funeral por Acidente (AUX) - MA eventual reembolso será realizado em favor do Beneficiário que comprovar o efetivo gasto com os custos do funeral.

6.5.1.3 Os eventos abrangidos pela cobertura de Auxílio Funeral por Morte Acidental (AUX-MA) ou serviço de assistência funeral, 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 resarcida 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 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 em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente ou cremação;
- XI. 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.**

e) **Cremação:** Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que exista o serviço de cremação em um raio máximo de 100km (cem quilômetros), e o posterior retorno das cinzas aos familiares.

f) **Sepultamento:** Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal ou outro cemitério, na cidade indicada por esta.

g) **Traslado:** No caso de falecimento do Segurado fora do seu município de residência, em território nacional, traslado da cidade onde ocorrer o óbito até o local

de domicílio do Segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.

h) **Transmissão de Mensagens Urgentes:** Na ocorrência do óbito, de acordo com os eventos previstos, transmissão à família do Segurado ou pessoas indicadas por esta, mensagens urgentes sobre o acontecimento.

6.5.1.4 Em caso de opção pela prestação de serviço de Assistência Funeral, o mesmo será prestado de acordo com o limite de Capital Segurado contratado. Na hipótese dos valores excederem o limite de Capital Segurado, a diferença será de responsabilidade dos familiares do Segurado.

6.5.2 Opção pela prestação de serviços.

6.5.2.1 Quando contratada esta 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.

6.5.2.2 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.

6.5.3 Ao se acionar a cobertura de Auxílio Funeral por Acidente, deverá ser informado o nome do Segurado falecido e o número da Apólice correspondente.

6.5.3.1 A presente coberturanão contempla:

- 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 quilómetros) 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.

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

CLÁUSULA 7 – DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS ADICIONAIS

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

7.1 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 irreversível de reabilitação ou recuperação, causada por acidente pessoal coberto.

7.1.1 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.

7.1.2 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.**

7.1.3 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.

7.1.4 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).

7.1.5 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.

7.2 Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO): Esta cobertura, quando contratada, garante ao Segurado o reembolso 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.

7.2.1 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.**

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

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

7.3 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 apólice, 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.

7.3.1 A quantidade de diárias contratadas será definida na Proposta de Contratação e ratificada na apólice, limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitada a franquia se prevista na apólice.

7.3.1.1 A contagem do período indenizável inicia-se após o término da franquia.

7.3.2 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.

7.4 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 apólice, 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 será definida na Proposta de Contratação e ratificada na apólice, limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro.

7.5 Diárias de Internação no Exterior (DIEX): Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento de diária de internação ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante na apólice, 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 Contratação e ratificada na apólice, limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitado a franquia conforme estabelecido no item 11.3.

7.6 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 apólice, 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).

7.7 Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA): Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento de diárias ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante na apólice, em função da impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado em exercer sua profissão ou ocupação principal remunerada, ocasionada pelo evento acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observado o número de diárias contratadas, que será definido na apólice, limitado a, no máximo, de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

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

7.8 Além dos riscos excluídos mencionados nos itens 8.1 e 8.2, estão também expressamente excluídos da cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) 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 Contratação.**
- 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.

CLÁUSULA 8 – RISCOS EXCLUÍDOS

8.1 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 miofaciais, 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;
- 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.

8.2 Além dos riscos excluídos mencionados no item 8.1, estão também expressamente excluídos das coberturas de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majporada), Diárias por Internação Hospitalar Decorrente de Acidente Pessoal (DIHA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), 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.

CLÁUSULA 9 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

9.1 As coberturas do Seguro previstas nestas Condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, exceto para as coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias de Internação em U.T.I. (DUTI) e Diárias por Convalescença (DCON) que se aplicam 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.

CLÁUSULA 10 - CARÊNCIA

10.1 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 do seguro.

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

CLÁUSULA 11 - FRANQUIA

11.1 Os prazos e/ou valores de franquias, quando previstas, serão definidas na Proposta de Contratação e ratificadas na apólice.

11.2 A cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), está sujeita à franquia, que não poderá ser superior a 15 (quinze) diárias.

11.3 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.

11.4 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.

CLÁUSULA 12 – FORMA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO

12.1 Este seguro deverá ser contratado por meio da Proposta de Contratação, após o segurado tomar conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais.

12.2 As alterações durante a vigência do seguro serão realizadas mediante assinatura da respectiva Proposta e posterior formalização por meio de endosso.

CLÁUSULA 13 – ACEITAÇÃO DO SEGURO

13.1 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

13.2. A proposta de contratação 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 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo na Seguradora para aceitação ou recusa do risco.

13.3. O prazo de 15 (quinze) 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 15 (quinze) dias voltará a correr no dia imediatamente seguinte em que for apresentado o que foi solicitado.

13.4. Não havendo manifestação da Seguradora no prazo de 15 (quinze) 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.

13.5. Na proposta de contratação deverão ser prestadas todas as informações sobre o risco que permitirão à Seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro.

13.6. O pagamento antecipado do prêmio do seguro, não caracteriza a aceitação da Proposta.

13.7 A emissão e disponibilização da Apólice dentro do prazo de análise da Proposta de Contratação materializa a sua aceitação pela Seguradora.

13.8 No caso da não aceitação da Proposta de Contratação por parte da Seguradora, em que houver adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial do prêmio, será efetuada a devolução da quantia eventualmente paga, devidamente atualizada conforme previsto na cláusula "Atualização de Valores", no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa.

13.8.1 No caso de recebimento de Proposta com adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial do prêmio haverá cobertura provisória durante o prazo máximo de 15 (quinze) dias da análise da Proposta, a qual vigorará até a aceitação ou a formalização da recusa da Proposta.

13.8.2 Em caso de aceitação da proposta, a Seguradora irá considerar o período de cobertura provisória como de efetiva vigência do Seguro.

CLÁUSULA 14 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

14.1 As datas de início e término da vigência do seguro serão aquelas indicadas na Proposta de Contratação e constantes na apólice de seguro.

14.2 A apólice e o endosso terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas..

14.3 O Seguro tem vigência por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos.

14.4 A renovação automática do Seguro poderá ser feita uma única vez, preservando as informações da vigência anterior, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.

14.5 A renovação automática do Seguro não será realizada nas seguintes hipóteses:

14.5.1 Caso o Segurado comunique à Seguradora o desinteresse na renovação, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias antes do final de vigência da apólice;

14.5.2 Caso a Seguradora comunique ao Segurado o desinteresse na renovação, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias antes do final de vigência da apólice.

14.6 No caso de renovação do seguro, não será iniciado novo prazo de carência, exceto se houver solicitação para aumento de capital segurado.

14.7 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se o seguro não for renovado.

CLÁUSULA 15 - ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

15.1 Qualquer alteração do seguro somente poderá ser realizada por meio de acordo entre as partes contratantes, mediante a emissão do respectivo endosso.

15.1.1 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 Contratação, cuja aprovação dependerá de prévia apreciação por parte da Seguradora conforme as regras de análise e aceitação do risco.

CLÁUSULA 16 - PAGAMENTO DO PRÊMIO

16.1 O custeio do Seguro será Contributário, em que os segurados pagam o prêmio total.

16.2 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 Proposta de Contratação do seguro.

16.3 A forma de pagamento, periodicidade e juros, quando aplicável, deverão constar Proposta de Contratação. A data limite para pagamento será especificada no documento de cobrança.

16.4 Se a data de vencimento cair em um dia em 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.

16.5 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, nos termos estabelecidos nestas Condições Contratuais.

16.6 Aos prêmios poderá ser acrescido o IOF – Imposto sobre Operações Financeiras, de acordo com a legislação em vigor pertinente a esse tributo.

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

16.8 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.

16.9 Quando a data limite estabelecida para o pagamento dos prêmios coincidir com um dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente ao vencimento em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão das coberturas do Seguro ou acréscimo de valor.

16.10 A data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma das parcelas é o dia de vencimento estipulado no documento de cobrança.

CLÁUSULA 17 – FALTA DO PAGAMENTO DO PRÊMIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

17.1 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.

17.2 Para os casos de pagamento do prêmio de forma fracionada, não pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, tomando-se por base o cálculo pró-rata dia.

17.2.1 Restabelecido o pagamento do prêmio, ficará restaurado o prazo original de vigência da cobertura.

17.3 Haverá tolerância de até 90 (noventa) dias, contados a partir da primeira parcela vencida e não paga, para a regularização do atraso. Durante este prazo de tolerância haverá cobertura para eventuais sinistros ocorridos, podendo a Seguradora abater da indenização o prêmio devido e não pago, acrescido dos 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.

17.3.1 Ultrapassado o prazo de tolerância sem que o segurado tenha feito o pagamento das parcelas em atraso, o Seguro estará automaticamente cancelado, não produzindo quaisquer efeitos a partir de então, sem direito a qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos.

CLÁUSULA 18 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

18.1 Os Capitais Segurados, as Diárias Seguradas e os prêmios serão atualizados monetariamente a cada período de 12 (doze) meses na data de aniversário da apólice de 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.

18.2 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.

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

18.5. Os índices e o período de correção poderão ser alterados por força de lei ou

regulatória pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

CLÁUSULA 19 - CAPITAL SEGURADO

19.1 Na contratação do Seguro, o capital segurado será fixo e deverá ser escolhido livremente pelo próprio Segurado, no ato da assinatura da Proposta de Contratação.

19.2 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação do sinistro, será considerado como data do evento, a data do acidente.

CLÁUSULA 20 - BENEFICIÁRIO(S)

20.1 O(s) Beneficiário(s) do Seguro será(ão) aquele(s) designado(s) pelo Segurado na Proposta de Contratação, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal escrita, preenchida e assinada pelo Segurado.

20.2 Na falta de indicação expressa de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão Beneficiários aqueles indicados por lei.

20.3 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 no item 20.2, o pagamento será realizado aos últimos Beneficiários indicados pelo segurado.

20.4 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 UTI por Acidente (DUTI), Diárias de Convalescença por Acidente (DCON) Diárias de Internação no Exterior (DIEX) e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), o próprio Segurado será o Beneficiário.

20.5 Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito aos Beneficiários indicados e na sua ausência, de acordo com o item 20.2.

20.6 Em caso de falecimento do único Beneficiário indicado antes do óbito do segurado e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, o capital segurado será pago aos Beneficiários Legais do segurado, conforme item 20.2.

20.7 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.

20.8. 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 21 - REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

21.1 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.

21.2 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) e o Seguro será automaticamente cancelado.

21.3 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) e Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

21.4 Não haverá possibilidade de reintegração do capital Segurado relativo às demais coberturas.

CLÁUSULA 22 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES

22.1 Decorrido o prazo de pagamento da indenização, 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 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.

22.2 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.

22.3 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.

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

- a) no caso de recusa da proposta pela Seguradora, a partir da data de recebimento do prêmio;
- b) 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;
- c) no caso de recebimento indevido de prêmio, a partir da data de recebimento do prêmio.

22.4 No caso de extinção dos índices previstos acima, a Seguradora utilizará o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) para atualização monetária dos valores ou qualquer outro índice que venha a substituí-lo.

CLÁUSULA 23 - COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

23.1 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.

23.2 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

23.3 O prazo máximo para a liquidação do Sinistro é de 30 (trinta) dias, **contados a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos para cada cobertura.**

23.4 No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar formalmente documentos ou informações complementares, hipótese em que o prazo máximo para a liquidação do sinistro será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas as exigências.

23.4.1 Em caso de mora da Seguradora, aplicar-se-á o disposto na Cláusula “Atualização de Valores” dessas Condições Contratuais.

23.4.2 Considera-se como data do sinistro, para fins de determinar a indenização devida, a data do evento danoso ou a data em que se tornar aparente o dano coberto, a que ocorrer primeiro.

23.4.3 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos Beneficiários do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

23.4.4 Eventuais despesas com tradução necessárias à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

23.4.5 Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado ou beneficiário deverá ser comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo previsto.

23.4.6 O pagamento de qualquer indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do Segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo Segurado.

23.4.7 Para a regulação e a liquidação do sinistro é necessário o envio, dos documentos básicos abaixo indicados por cada cobertura contratada, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas.

23.5 Em caso de morte acidental:

- 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 de Identidade, CPF do Segurado;
- d) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- f) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
- g) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- i) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

23.6 Documentos do(s) Beneficiário(s):

23.6.1 Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento (com data atualizada, emitida após o óbito), Carteira de Identidade e CPF, além de informações sobre os dados bancários;

23.6.2 Companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento, além de informações sobre os dados bancários;

23.6.3 Filhos menores de 16 anos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento, além de informações sobre os dados bancários, podendo os mesmos serem representados pelo representante legal do menor;

23.6.4 Filhos maiores de 16 anos: cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência, além de informações sobre os dados bancários;

23.6.5 Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, além de informações sobre os dados bancários; e

23.6.6 Beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito.

23.6.7 Declaração de únicos Herdeiros: Caso o Segurado não tenha indicado seus beneficiários, em conjunto com a documentação de regulação de sinistros, deverá ser encaminhada a declaração de únicos herdeiros juntamente com a documentação dos respectivos beneficiários.

23.7 Para a cobertura de Auxílio Funeral por Acidente (AUX), além dos documentos listados no item 23.5 e subitens, será necessária a apresentação dos seguintes documentos:

23.7.1 Reembolso de Despesas com Funeral:

- a) Originais dos comprovantes das despesas com Funeral;
- b) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do custeador das despesas com funeral.
- c) 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.

23.7.2 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 (incluindo DDD) do responsável pela locação do Jazigo.

23.7.3 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 (incluindo DDD) 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.

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

23.8 Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- f) Cópia do Boletim de atendimento hospitalar;
- g) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado
- h) Cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;
- i) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- j) Cópia do comprovante de residência do Segurado.

23.9 Para a cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), obrigatoriamente

- preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;
 - c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
 - d) 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;
 - e) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;
 - f) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado;
 - g) Cópia do comprovante de residência do Segurado;
 - h) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - i) Formulário de comprovação de acidente de trabalho e/ou acidente pessoal, caso houver;
 - j) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
 - k) Documentos de baixa hospitalar expedido pela administração do hospital (em caso de internação para realização de cirurgia);
 - l) Cópia autenticada do comprovante de renda, se profissional autônomo, a declaração do imposto de renda e/ou declaração do contador, se profissional com vínculo empregatício, o contracheque.

23.10 Para a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas:

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

23.11 Para cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente Pessoal, em hospital, U.T.I. ou no exterior:

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

23.12 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.

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

23.14 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.

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

23.16 O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado Individual vigente na data do evento.

23.17 O não pagamento da indenização no prazo previsto implicará na aplicação de juros moratórios a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, conforme disposto na Cláusula 23.

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

23.19 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 15 (quinze) 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.

23.20 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.

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

23.22 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.

23.23 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 (IPA Majorada), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e Auxílio Funeral por Acidente (AUX) serão pagas sob a forma de pagamento único.

23.24 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.

23.25 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.

23.26 A indenização decorrente da cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) será paga mensalmente durante o período em que o Segurado se encontrar incapaz, observado o limite contratual máximo de cada cobertura.

23.27 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.

23.28 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

CLÁUSULA 24 - OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

24.1 Constituem obrigações do Segurado, sem prejuízo de outras obrigações previstas ao longo das Condições Contratuais:

24.1.1 Comunicar o sinistro à Seguradora tão logo tome conhecimento e adotar as providências imediatas para minorar suas consequências.

24.1.2 Comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

24.1.3 Cumprir com as disposições previstas nas Condições Contratuais.

24.1.4 Agir com boa-fé.

24.1.5 Fornecer à Seguradora dados e informações corretas e precisas para a adequada análise do risco..

CLÁUSULA 25 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

25.1 Haverá a perda do direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido nas seguintes hipóteses:

25.1.1 Quando o Segurado agravar intencionalmente o risco.

25.1.2 Se constatada fraude, ou tentativa de fraude por parte do Segurado, seus beneficiários, representantes ou prepostos, simulando um sinistro ou agravando as suas consequências para obter indenização.

25.1.3 Quando o Segurado deixar de observar qualquer das obrigações previstas na Cláusula "Obrigações do Segurado" ou praticar quaisquer das vedações previstas nas Condições Contratuais.

25.1.4 Quando o Segurado, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio Perderá o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

26.1.4.1 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora deverá:

I - Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível e/ou restringindo termos e condições da cobertura contratada.

II - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou
- b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, ou deduzindo-a do valor a ser indenizado e/ou restringindo termos e condições da cobertura contratada para riscos futuros.

III - na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, deduzindo do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

25.2 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

25.2.1 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, poderá, por meio de comunicação formal: (i) cancelar o seguro; (ii) restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou (iii) cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

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

CLÁUSULA 26 - RESCISÃO

26.1 O seguro poderá ser rescindido:

- a) por acordo entre Seguradora e Segurado;
- b) por iniciativa da Seguradora, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias;
- c) mediante iniciativa do Segurado;

26.2 No caso de rescisão do seguro, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido a parte proporcional ao tempo decorrido.

26.3 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.

CLÁUSULA 27 - CANCELAMENTO DO SEGURO

27.1 O seguro será automaticamente cancelado se decorridos 90 (noventa) dias do vencimento da parcela do prêmio sem o pagamento.

27.1.2 A Seguradora deverá comunicar o Segurado, com pelo menos 15 (quinze) dias de antecedência ao cancelamento, quanto à necessidade de quitação das parcelas em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

27.2 Quando for pago o valor integral do capital segurado das coberturas de morte.

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

CLÁUSULA 28 - CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

28.1 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência do seguro, se este não for renovado.

28.2 A cobertura individual cessa quando da ocorrência de sinistro vinculado às coberturas de Morte.

28.3 A cobertura individual cessa quando do pagamento de sinistro vinculado às coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou então 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).

28.3.1 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.

CLÁUSULA 29 - REGIME FINANCEIRO

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

**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 Ovidos	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 nãoconsolidada 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 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 _i 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			

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 ou cancelamentos e comunique/acompanhe seus sinistro.

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

+55(11) 3003-6773 – Acione sua assistência.

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

- **Fale conosco**

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

3003-6773 – Capitais e cidades metropolitanas

0800-709-8059 – Demais localidades .

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

Acline 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.

- **Ovidoria**

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.

- **Atendimento ao cliente no exterior**

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

+55(61) 2107-7176 – Exclusivo para atendimento fora do território brasileiro.

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

Acione sua assistência

+55(11) 4133-6819

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

As ligações podem ser a cobrar.