CARDIF

CONDIÇÕES GERAIS

RAMO 82 - APC

Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo

Processo SUSEP nº. 005-00113/00

CARDIF

Índice

1. OBJETIVO 3
2. DEFINIÇÕES 3
3. BENEFICIÁRIO 5
4. COBERTURAS 6
4.1. Cobertura de Morte Acidental 6
4.2. Cobertura de Auxílio Funeral 7
4.3. Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente 7
4.4. Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas 10
4.5. Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária 11
4.6. Cobertura de Diárias por Internação Hospitalar 12
4.7. Cobertura Suplementar de Inclusão Automática ou Facultativa de Cônjuge 14
4.8. Cobertura Suplementar de Inclusão Automática ou Facultativa de Filhos 14
5. CARÊNCIAS 15
6. FRANQUIAS 15
7. CAPITAL SEGURADO 15
8. ATUALIZAÇÃO DE VALORES 16
9. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 16
10. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS 16
11. INCLUSÃO DE SEGURADOS 17
12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO 17
13. CERTIFICADO DE SEGURO 18
14. CUSTEIO DO SEGURO 18
15. PRÊMIO DE SEGURO 18
16. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO 18
17. AGRAVAÇÃO PARA INCLUSÃO DE RISCOS EXCLUÍDOS 19
18. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO 20
19. SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO 20
20. RESCISÃO CONTRATUAL 20
21. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO 20
22. PAGAMENTO DE SINISTROS 21
23. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES 22
24. PERDA DE DIREITOS 22
25. PRAZO DE PRESCRIÇÃO 23
26. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS 23
27. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 23
28. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO 23
29. FORO 23
30. DISPOSIÇÕES GERAIS 24

CARDIF

1. OBJETIVO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou à seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de um evento previsto e coberto pelo seguro, nos termos das condições gerais, especiais e do Contrato, desde que observadas as restrições, tanto contratuais quanto legais, e ainda, o limite do capital segurado.

2. DEFINIÇÕES

a) Acidente Pessoal: Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como conseqüência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a.1) Incluem-se nesse conceito:

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

a.2) Excluem-se desse conceito:

- As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 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 conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; 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.

b) Apólice: É o documento emitido pela Seguradora efetivando a celebração do contrato do seguro coletivo.

c) Beneficiário(s): É(são) a(s) pessoa(s) física(s), previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de seu falecimento.

d) Capital Segurado: É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

e) Carência: É um período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir do início de vigência de um seguro, e fim determinado em Contrato de Seguro, em que as garantias contratadas não terão cobertura.

f) Certificado Individual: Documento entregue a cada segurado, contendo em linguagem clara e objetiva os elementos necessários para a correta utilização do seguro.

g) Condições Gerais: Conjunto de cláusulas contratuais que regem um mesmo plano de seguro e que estabelecem direitos e obrigações da Seguradora, do segurado e beneficiário(s) deste seguro.

h) Doença: É o processo mórbido, definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais que leva o indivíduo a tratamento médico.

i) Doença Preexistente: É toda debilidade, congênita, adquirida, que comprometa a função orgânica, ou motora ou coloque em risco a saúde do segurado, direta ou indiretamente por suas conseqüências, existentes anteriormente à contratação do seguro, da qual ele tenha conhecimento, e que não seja informada no momento da contratação, de acordo com o declarado na proposta de adesão.

j) Estipulante: É a pessoa jurídica que contrata o seguro, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante a Seguradora.

k) Evento Coberto ou Risco Coberto: É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, descrito e coberto nas garantias, desde que ocorrido durante a vigência do seguro.

l) Franquia: É um período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, com início a partir da data da ocorrência do sinistro, e fim determinado em Contrato, no qual o segurado é responsável pelo compromisso financeiro coberto pelo seguro que se vencer durante o período da franquia.

m) Grupo Segurável: É o grupo formado pelos clientes vinculados ao Estipulante, desde que estejam em perfeitas condições de saúde, em plena atividade e atendam às condições de aceitação definidas na apólice.

n) Grupo Segurado: É o conjunto de clientes efetivamente aceitos no seguro, pertencentes ao grupo segurável, cuja cobertura esteja em vigor.

o) Hospital: é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

- Qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
- Instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas e subnormalidades inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
- Clínicas ou locais de acomodação e/ou tratamento: para idosos, repouso, asilos e assemelhados;
- Clínicas ou locais de acomodação e/ou tratamento para recuperação de viciados em álcool e/ou drogas;
- Instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou SPAs;
- Instituição, hospital, clinica ou casa de saúde para convalescentes ou para reabilitação
- Home care (internação domiciliar).

p) Indenização: É o valor que a Seguradora efetivamente paga ao segurado ou a seu(s) beneficiário(s) em decorrência de um evento coberto por este seguro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

q) Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

r) Internação Hospitalar: É a permanência, por período mínimo de 12 (doze) horas (comprovada pela cobrança de uma diária hospitalar), em hospital, em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência.

s) Prêmio: É a importância paga pelo segurado ou pelo Estipulante à Seguradora, com periodicidade prevista no Contrato de Seguro, para obtenção das garantias e coberturas previstas no contrato de seguro.

t) Proponente: É a pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro e que somente passará à condição de segurado após a sua aceitação pela Seguradora.

u) Proposta de Adesão: É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente expressa a intenção de aderir à contratação, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

v) Riscos Excluídos: São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Contrato, que não serão cobertos pelo plano de seguro.

w) Segurado: É o proponente aceito pela Seguradora, cujas coberturas estejam em vigor.

x) Seguradora: É a Cardif do Brasil Seguros e Previdência S.A., que assume os riscos inerentes às garantias.

y) Seguro: É uma operação pela qual a Seguradora, mediante ao pagamento do prêmio, se obriga frente ao segurado ao pagamento de uma indenização, observados o disposto nas condições gerais, especiais e o Contrato, caso se produza o evento coberto.

z) Sinistro: Ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do plano de seguro.

aa) Sub-Estipulante: É a pessoa jurídica, legalmente constituída, que adere ao seguro mediante concordância com os termos estabelecidos nas condições gerais, especiais e particulares da apólice, assumindo, solidariamente com o Estipulante, responsabilidades e obrigações decorrentes da contratação e manutenção do seguro.

3. BENEFICIÁRIO

3.1. É (são) a(s) pessoa(s) física(s) designada(s) pelo Segurado na Proposta de Adesão, para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

3.2. Na falta de indicação do beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, quando for o caso, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

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

3.2.2. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

3.2.3 Na contratação da cobertura suplementar de Inclusão Automática ou Facultativa de Cônjuge e Filhos, a indenização será paga ao segurado titular.

3.2.3.1 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado titular e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, titular e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, as herdeiros legais do segurado.

3.3. Renúncia ao Direito de sua Substituição: Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade. A Seguradora desobrigar-se-á da alteração, e procederá ao pagamento ao antigo beneficiário caso não seja cientificada oportunamente da substituição.

3.3.1. A renúncia do segurado ao direito de substituição de beneficiário não exige instrumento público, podendo ser feita por instrumento particular, em documento à parte do contrato de seguro devidamente formalizado.

4. COBERTURAS

As coberturas do seguro dividem-se em:

4.1. Cobertura de Morte Acidental

4.1.1. Objetivo: Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte acidental do segurado, sendo o valor máximo indenizável definido em Contrato.

4.1.2. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Morte Acidental todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

4.1.3. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Morte Acidental os eventos ocorridos em conseqüência de:

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

4.1.3.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

4.1.3.3. Doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão;

4.1.3.4. Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;

4.1.3.5. Atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;

4.1.3.6. Ato doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro;

4.1.3.7. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;

4.1.3.8. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

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

4.2. Cobertura de Auxílio Funeral

4.2.1. Objetivo: Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização de até R$ 5.000,00 (cinco mil reais) em caso de Morte Acidental do Segurado principal, referente aos gastos com o sepultamento do segurado, sendo o valor máximo indenizável definido no Contrato.

4.2.2. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Auxílio Funeral todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

4.2.3. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Auxílio Funeral os mesmos eventos da cobertura de Morte Acidental, conforme item 4.1.3.

4.3. Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

4.3.1. Objetivo: Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente a até 100% (cem por cento) do valor do capital segurado, em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado, causada por acidente pessoal coberto.

4.3.2. Como Invalidez Permanente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão do corpo do segurado.

4.3.3. Para fins deste seguro, a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será caracterizada conforme a tabela:

	Discriminação	**% Sobre a Importância Segurada**
Invalidez 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 membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Invalidez 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

CARDIF

	Discriminação	% Sobre a Importância Segurada
Invalidez 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
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	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	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-
Invalidez 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
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro dedo)	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1.º (primeiro) dedo, indenização equivalente a ½ e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	-
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
	- menos de 3 (três) centímetros	Sem Indenização

4.3.3.1 Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

4.3.4. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos no Contrato.

4.3.5. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinqüenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

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

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

4.3.8. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

4.3.9. A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente causada por acidente.

4.3.9.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

4.3.10. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

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

4.3.11.1 Caso a cobertura de Invalidez Permanente e **Total** por Acidente seja igual a 100% do Capital Segurado da cobertura de morte acidental, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte acidental, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

4.3.12. Não restando comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e o Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

4.3.13. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

4.3.14. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente os eventos ocorridos em conseqüência de:

4.3.14.1. uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
4.3.14.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
4.3.14.3. Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;
4.3.14.4. ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;
4.3.14.5. Atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;
4.3.14.6. Ato doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro,
4.3.14.7. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;
4.3.14.8. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
4.3.14.9. As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
4.3.14.10. Qualquer tipo de hérnia, e suas conseqüências;
4.3.14.11. Parto ou aborto, e suas conseqüências;
4.3.14.12. O choque anafilático, e suas conseqüências.

4.4. Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas

4.4.1. Objetivo: Garantir ao Segurado, no caso de acidente pessoal coberto, a indenização, até o limite máximo contratado, das despesas médicas e diárias hospitalares incorridas com o tratamento, sob orientação médica, necessário para o restabelecimento do segurado, e desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente.

4.4.1.1. Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:
a) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
b) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

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

4.4.1.3 Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

4.4.1.4. A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

4.4.1.5. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento efetuado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica, quando da liquidação do sinistro.

4.4.2. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

4.4.3. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas os eventos ocorridos em conseqüência de:

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

4.4.3.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

4.4.3.3. Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;

4.4.3.4. Ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, e da prática pelo segurado de atos ilícitos ou contrários à lei;

4.4.3.5. Ato doloso praticado pelo Segurado, pelos beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro;

4.4.3.6. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;

4.4.3.7. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

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

4.4.3.9. Qualquer tipo de hérnia, e suas conseqüências;

4.4.3.10. Parto ou aborto, e suas conseqüências;

4.4.3.11. O choque anafilático, e suas conseqüências.

4.5. Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária

4.5.1. Objetivo: Garantir ao Segurado o pagamento de uma indenização correspondente à diária contratada, em função da Incapacidade Temporária do segurado em decorrência de acidente pessoal coberto.

4.5.1.1. Incapacidade Temporária: Caracteriza-se a Incapacidade Temporária pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

4.5.1.2. O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (médico) e exames que comprovem a incapacidade temporária.

4.5.1.3. O número de diárias indenizadas não poderá ser superior a quantidade contratada, independente do número de acidentes ocorridos.

4.5.2. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da

contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

4.5.3. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária os eventos ocorridos em conseqüência de:

4.5.3.1. Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

4.5.3.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

4.5.3.3. doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão;

4.5.3.4. Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;

4.5.3.5. atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;

4.5.3.6. Ato doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro,

4.5.3.7. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;

4.5.3.8. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

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

4.5.3.10. Qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;

4.5.3.11. Gravidez, parto ou aborto, e suas conseqüências;

4.5.3.12. Hospitalização para a realização de exames de rotina;

4.5.3.13. Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;

4.5.3.14. Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;

4.5.3.15. Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;

4.5.3.16. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

4.5.3.17. Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes;

4.5.3.18. Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente.

4.5.3.19. Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.).

4.6. Cobertura de Diárias por Internação Hospitalar

4.6.1. Objetivo: Garantir ao segurado o pagamento do valor correspondente a renda básica diária contratada, referente a cada dia de internação hospitalar, decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, observados o número máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

4.6.1.1. O valor do capital segurado deverá ser estabelecido sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo segurado.

4.6.1.2. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente será considerado um mesmo evento quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

4.6.2. A cobertura inicia-se no 1º (primeiro) dia da caracterização do evento hospitalização e termina no dia da alta médica hospitalar do segurado, devendo o prazo superior ao período de franquia e limitado a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.

4.6.2.1 O evento hospitalização é caracterizado pela permanência do Segurado pelo período mínimo de 12 (doze) horas em uma Instituição Hospitalar coberta, a qual será comprovada mediante a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.

4.6.3. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Diárias por Internação Hospitalar todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

4.6.4 Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Diárias por Internação Hospitalar os eventos ocorridos em conseqüência de:

4.6.4.1. Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

4.6.4.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

4.6.4.3. doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão;

4.6.4.4. Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;

4.6.4.5. atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;

4.6.4.6. Ato doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro,

4.6.4.7. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;

4.6.4.8. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

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

4.6.4.10. Qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;

4.6.4.11. Gravidez, parto ou aborto, e suas conseqüências;

4.6.4.12. Hospitalização para a realização de exames de rotina;

4.6.4.13. Tratamento para esterilização, fertilização, mudança de sexo, de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades, inclusive gastroplastia redutora, tratamento estético, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;

4.6.4.14. Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;

4.6.4.15. Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;

4.6.4.16. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não

reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

4.6.4.17. Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes;

4.6.4.18. Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente.

4.6.4.19. Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.);

4.6.4.20. Casos psiquiátricos, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão.

4.7. Cobertura Suplementar de Inclusão Automática ou Facultativa de Cônjuge

4.7.1. Objetivo: Garantir ao segurado titular o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte acidental de seu cônjuge.

4.7.2. A cláusula suplementar de inclusão de cônjuge define a inclusão, no seguro, dos cônjuges dos segurados titulares, que pode ser feita da seguinte forma:

a) Automática: quando abranger os cônjuges de todos os segurados titulares;
b) Facultativa: quando abranger os cônjuges dos segurados titulares que assim o autorizarem.

4.7.3. Equiparam-se ao(s) cônjuge(s) os(as) companheiros(as) dos segurados titulares, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

4.7.3.1. Não podem participar desta cláusula os cônjuges e companheiros(as) que façam parte do grupo de segurados titulares.

4.7.4. O capital segurado do cônjuge não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado titular, observando-se que o critério para fixação do capital segurado deve ser estabelecido e definido no Contrato.

4.7.5. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

4.7.5.1 Na data do início do risco individual do segurado titular, desde que solicitada a inclusão de seu cônjuge simultaneamente, mediante análise e aceitação pela Seguradora;

4.7.5.2. Quando o cônjuge não for incluído simultaneamente com o segurado titular, o início de vigência individual do seguro do cônjuge será a partir da vigência correspondente à solicitação expressa do segurado titular.

4.8. Cobertura Suplementar de Inclusão Automática ou Facultativa de Filhos

4.8.1. Objetivo: Garantir ao segurado titular o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte acidental de algum dos seus filhos dependentes, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.

4.8.1.2. Poderão ser incluídos, na qualidade de segurados dependentes, os filhos dos segurados titulares, desde que contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge, e pode ser feita das seguintes formas:

a) Automática: quando abranger os filhos de todos os segurados titulares e/ou dos cônjuges segurados; e
b) Facultativa: quando abranger os filhos dos segurados titulares e/ou dos cônjuges segurados que assim o autorizarem.

4.8.2 Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do segurado titular.

4.8.2.1. Não podem participar desta cláusula os filhos que façam parte do grupo de segurados titulares.

4.8.3. Quando ambos os cônjuges forem segurados do grupo segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo ele denominado segurado titular para efeito desta cláusula.

4.8.4. O capital segurado da cobertura suplementar de Inclusão de Filhos não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado titular, observando-se que o critério para fixação do capital segurado deve ser estabelecido e definido no Contrato.

4.8.4.1. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a indenização tem caráter de reembolso das despesas comprovadas com o funeral, limitado ao percentual de participação constante no Contrato.

4.8.4.2. Para os filhos com idade a superior a 14 (quatorze) anos, a indenização será integral, de acordo com o percentual de participação constante no Contrato.

4.8.5. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:
4.8.5.1. Na data do início da garantia do risco individual do segurado titular;
4.8.5.2. Na data da inclusão da cláusula na apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

4.9. Na hipótese do plano de seguro conjugar mais de uma cobertura, estas não poderão ser contratadas isoladamente.

5. CARÊNCIAS

5.1. Não haverá carência para as coberturas decorrentes de acidentes pessoais.
5.2 Conforme disposto na legislação em vigor, para eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa, o presente Seguro terá carência de 24 (vinte e quatro) meses, contados do início de vigência, ou da sua recondução depois de suspenso.

6. FRANQUIAS

6.1. Para a cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária, o período de franquia será de 15 (quinze) dias, a contar da data do evento;

6.2. Para a cobertura de Diárias por Internação Hospitalar, o período de franquia será de 1 (um) dia de internação, caracteriza pela permanência mínima de 12 (doze) horas de internação em uma Instituição Hospitalar devidamente comprovada para fins legais;
6.2.1. O limite máximo a ser estabelecido no Contrato de Seguro será de até 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O capital segurado será estabelecido no Contrato e corresponderá ao valor máximo para cada cobertura contratada, a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

7.2. Para efeito do cálculo da Indenização, a data de evento quando da liquidação do sinistro será, nas coberturas de Acidentes Pessoais, a data do acidente.

7.3. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

8. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

8.1. A atualização dos valores dos Capitais Segurados e prêmios relativos a este seguro serão efetuados em cada aniversário do Certificado de Seguro, com base no Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) acumulado no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês do último índice publicado imediatamente antes da data de atualização.

8.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM-FGV, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).

8.3. Quando a periodicidade do pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados pagáveis por Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente serão atualizados pelo IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do prêmio até a data e ocorrência do respectivo evento gerador.

8.4. As contratações com vigência igual ou inferior a 1 (um) ano não poderão conter cláusula de atualização de valores.

9. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

9.1. Não há reintegração para as coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente.

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

9.3. Para as coberturas de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas e Diárias de Incapacidade Temporária, a reintegração do capital segurado será automática, determinada no Contrato.

10. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

10.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

10.2. Recebida a Proposta pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada aceita, abrangendo todas as coberturas, caso a Seguradora sobre ela não se manifeste expressamente ao Proponente, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.

10.3. Esse prazo de 15 (quinze) dias será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos quando verificar que as informações contidas na proposta são insuficientes para a emissão do certificado de seguro. Tal solicitação será feita apenas uma vez. Neste caso, a contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

10.4. No caso de não-aceitação da proposta de seguro no prazo de 15 (quinze) dias, a mesma será comunicada por escrito ao proponente e ao Estipulante, e o valor pago antecipadamente será restituído pela Seguradora, por meio de cheque nominativo, no prazo de 10 (dez) dias contados da data da formalização da recusa.

10.4.1. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela não devolução do valor pago antecipadamente após decurso do prazo definido no item 10.4., o valor será atualizado pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) apurada entre o último índice publicado antes da data da formalização da recusa e aquele publicado imediatamente anterior à data de devolução. Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data da efetiva devolução.

11. INCLUSÃO DE SEGURADOS

11.1. A inclusão dos segurados na apólice será feita por adesão individual ao contrato coletivo. A contratação de seguros por meio de apólice coletiva deve ser realizada mediante apresentação obrigatória de proposta de contratação assinada pelo estipulante, pelo sub-estipulante se for o caso, e pelo corretor de seguros, ressalvada a hipótese de contratação direta.

12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

12.1. O plano de seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

12.2. O início e termino de vigência do risco individual será às 24 horas, das datas estabelecidas no Certificado do Seguro.

12.3. O prazo de vigência do seguro varia conforme estabelecido no Contrato, podendo ser renovado automaticamente uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas nestas Condições Gerais, que trata do cancelamento do seguro, ou se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar por escrito o desinteresse pela renovação.

12.4. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a mesma data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e informado no Contrato.

12.5. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela seguradora, ressalvado o disposto no item 12.2.

12.6. A renovação automática do seguro só poderá ocorrer uma única vez. As renovações posteriores serão feitas de forma expressa.

12.6.1. A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada pelo Estipulante, e desde que não implique em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos.

12.6.2 Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ do grupo segurado.

13. CERTIFICADO DE SEGURO

No início da vigência do seguro, bem como nas renovações subseqüentes, a Seguradora providenciará a emissão dos Certificados Individuais, constando os seguintes elementos mínimos: data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes; o capital segurado de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes; e o prêmio total.

14. CUSTEIO DO SEGURO

O custeio das garantias previstas neste seguro poderá ser contributário, parcialmente contributário ou não contributário, conforme indicado no Contrato.

- **Contributário:** Quando o Segurado contribui parcial ou totalmente para o pagamento do(s) prêmio(s).
- **Parcialmente Contributário:** Quando o Segurado contribui parcialmente para o pagamento do(s) prêmio(s).
- **Não Contributário:** Quando o Estipulante paga integralmente o(s) prêmio(s) do seguro.

15. PRÊMIO DE SEGURO

15.1. O prêmio de seguro será determinado no Contrato.

15.2. Qualquer alteração na apólice que implique em ônus ou dever ou a redução de seus direitos para os Segurados dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, ¾ do grupo Segurado.

16. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO

16.1. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, ou anual, de acordo com o estabelecido no Contrato.

16.1.1. A cobrança do prêmio poderá ser efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, e deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:

a) nome do segurado;
b) valor do prêmio;
c) data de emissão do documento de cobrança;
d) número da apólice e/ou do certificado individual;
e) data limite para o pagamento do prêmio.

16.1.2. A Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao segurado, ou ao seu representante legal, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

16.1.2.1. O disposto neste artigo não se aplica aos planos de seguro custeados integralmente pelo estipulante e aos casos de desconto em folha de pagamento, de débito em conta corrente e de pagamento por meio de cartão de crédito.

16.1.2.2. Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a Seguradora

obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.

16.1.3. Quando a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.

16.2. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo segurado ou Estipulante, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.

16.3. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.

16.4. Ocorrendo a falta de pagamento do prêmio a cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante retomar o pagamento do prêmio. Os sinistros ocorridos no período de cobertura suspensa ficarão sem cobertura, respondendo a Seguradora por todos os sinistros ocorridos exclusivamente a partir da data da reabilitação.

16.4.1. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

16.4.2. Não será cobrada qualquer parcela de prêmio referente ao prazo de suspensão em caso de reabilitação da cobertura do seguro.

16.4.3. Ocorrendo a reabilitação da cobertura, poderá ser exigido o cumprimento de carências e franquias, conforme definido no Contrato.

16.4.4. O prazo de suspensão por inadimplemento poderá ser de até 90 (noventa) dias. Decorrido este prazo, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.

16.5. Entretanto, observado o disposto no **item 16.4**, nos seguros coletivos de custeio contributário, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito à cominações legais.

16.6. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar no carnê, ticket, contracheque ou quaisquer outros documentos o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

17. AGRAVAÇÃO PARA INCLUSÃO DE RISCOS EXCLUÍDOS

17.1. Em caso de concessão de cobertura para qualquer risco excluído nas Condições Gerais deste produto, a taxa de todas as coberturas do seguro principal/titular, previstas na Nota Técnica Atuarial, poderão ser agravadas em até 50%.

17.2. O Contrato de Seguro deverá conter cláusula específica prevendo claramente que determinada exclusão não tem aplicação e está sem efeito para o seguro contratado.

18. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

18.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa:

a) automaticamente, quando do término do período de vigência do certificado individual, se este não for renovado;
b) Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o Estipulante;
c) Quando o segurado solicitar por escrito à Seguradora sua exclusão da apólice;
d) Quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

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

19. SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. A suspensão e o respectivo cancelamento do certificado individual se dará sob as determinações do **sub item 16.4** destas Condições Gerais.

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

20. RESCISÃO CONTRATUAL

20.1. O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

20.2. Ocorrendo a rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

21. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

21.1. Quando ocorrer um sinistro, o segurado ou um de seus representantes, deverá encaminhar para o endereço da Seguradora ou do Estipulante, um comunicado constando o nome completo do segurado, DDD e telefone para contato, nome(s) da(s) pessoa(s) para contato, cópia simples do Registro Geral (RG), e cópia simples do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), acrescidos dos documentos abaixo relacionados, conforme o evento:

21.1.1. Cobertura de Morte Acidental:

a) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
b) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO);
c) Cópia simples do laudo de necropsia do Instituto Médico Legal (IML);
d) Cópia simples do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML, em caso de morte acidental;
e) Cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação caso o segurado tenha sido o condutor do veículo.

21.1.2. Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

a) Relatório médico original detalhando o ocorrido, e indicando o grau de invalidez;
b) Original ou cópia simples de exames realizados que comprovem a invalidez permanente total ou parcial por acidente;

c) Cópia simples do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente de trabalho, de acordo com o fato ocorrido.

21.1.3. Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas:

a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como a data do primeiro atendimento e alta definitiva, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
b) Notas Fiscais e recibos originais referentes às despesas tidas em caráter particular com o atendimento ao Segurado;
c) Receituários médicos com as respectivas Notas Fiscais e recibos originais, referentes as despesas tidas com medicamentos prescritos pelo médico em virtude das lesões provocadas pelo acidente.

21.1.4. Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária:

a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
b) Exames realizados que comprovem a incapacidade física total temporária, original ou cópia simples;
c) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável;

21.1.5. Cobertura de Diárias por Internação Hospitalar:

a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
b) Documento que comprove a hospitalização do segurado (Declaração do Hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais;
c) Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela Instituição Hospitalar;
d) Exames realizados que comprovem a incapacidade física total temporária, original ou cópia simples;
e) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável;

21.2. A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.

21.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do segurado ou de seus beneficiários.

21.3.1. Os eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.

22. PAGAMENTO DE SINISTROS

22.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o Segurado/Estipulante deverá comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência, por meio dos documentos básicos listados nestas Condições, bem como esclarecidas todas as circunstâncias a ele relacionadas. Fica entendido e acordado que, **mediante dúvida fundada e justificável**, na dependência das necessidades de cada caso a Seguradora reserva-se o direito de solicitar outros documentos para instruir a regulação de sinistro.

22.2. Fica estabelecido o prazo de até 30 (trinta) dias para o pagamento de indenização devida pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento, pela Seguradora, da documentação básica listada no subitem 21.1.

22.3. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos, informações ou esclarecimentos complementares ao Estipulante, Segurado ou ao(s) beneficiário(s), o prazo mencionado no subitem anterior será suspenso e voltará a correr a partir do dia útil subseqüente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

22.4. Quando a liquidação das obrigações não for efetuada dentro do prazo estabelecido no sub item 22.2, o valor será atualizado pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM-FGV). Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data da efetiva liquidação das obrigações.

22.5. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

23. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por morte acidental e invalidez permanente do segurado não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente verificar-se a morte do segurado, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte acidental, deduzida a importância já paga por invalidez permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada em caso de morte acidental.

24. PERDA DE DIREITOS

24.1. Conforme estabelecido no art. 766 do Código Civil Brasileiro, se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito à cobertura, além de ficar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

24.1.1. Se a inexatidão ou omissão não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora terá o direito de:

- **a) Na hipótese de não ocorrência de sinistro, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**
- **b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**
- **c) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.**

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

24.2.1. A seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravação do risco, poderá comunicar ao Segurado, por escrito, a sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

24.2.2. O cancelamento do seguro será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, e será feita a restituição da diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

24.3. Também haverá perda do direito à Indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Estipulante, do Segurado, seu(s) representante(s) ou seu(s) Beneficiário(s):

a) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro; e
b) agravamento intencional do risco objeto do contrato.

25. PRAZO DE PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

26. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS

26.1. Qualquer modificação na Apólice de Seguro que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

26.2. Qualquer alteração na Apólice de Seguro em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observado o disposto no item 26.1.
26.2.1. Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do Estipulante.

27. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

27.1. As coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente abrangem eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

27.2. As coberturas de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, Diárias de Incapacidade Temporária e Diárias por Internação Hospitalar abrangem eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

28. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as presentes condições gerais da apólice e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

29. FORO

29.1 As questões judiciais, entre o Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.
29.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

30. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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