



CONDIÇÕES GERAIS

ACIDENTES

PESSOAIS TRÂNSITO



ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO VEÍCULO
Processo SUSEP Nº: 15414.901397/2019-82
Versão 04/2023



**BNP PARIBAS
CARDIF**

A seguradora
para um mundo
em mudança

BEM-VINDO(A)



Olá,

Que alegria ter você como nosso cliente!

Antes de tudo: **parabéns por sua iniciativa em contratar o seguro Acidentes Pessoais**. Isso é ser parte da construção de um futuro melhor, para você e para as próximas gerações, afinal, o seguro é um investimento; a garantia de proteção em momentos adversos. **E obrigada por ter escolhido a BNP Paribas Cardif para proporcionar esta segurança!**

Neste documento, você encontra todas as regras de contratação e utilização do produto. Por isso, a leitura é essencial.

Em caso de dúvidas em relação ao seguro contratado, fale conosco clicando [aqui](#) ou acesse <https://bnpparibascardif.com.br/>, clique em "Fale Conosco" no menu inicial, depois em "Envie um e-mail" e preencha o formulário com a sua mensagem.

ÍNDICE

1. OBJETIVO	4
2. DEFINIÇÕES	4
3. BENEFICIÁRIO	6
4. COBERTURAS	7
5. RISCOS EXCLUÍDOS	8
6. CARÊNCIA E FRANQUIA	9
7. CAPITAL SEGURADO	9
8. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	9
9. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	9
10. ACEITAÇÃO DOS SEGURADOS.....	9
11. INCLUSÃO DE SEGURADOS.....	10
12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO.....	10
13. CERTIFICADO DO SEGURO	10
14. CUSTEIO DO SEGURO	11
15. PRÊMIO DE SEGURO	11
16. PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO.....	11
17. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO	12
18. SUSPENSÃO OU CANCELAMENTO DO SEGURO	12
19. RESCISÃO CONTRATUAL.....	12
20. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO	13
21. PAGAMENTO DE SINISTROS	13
22. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	14
23. PRAZO DE PRESCRIÇÃO	15
24. CLAUSÚLA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO.....	15
25. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS	15
26. ÂMBITO GEOGRÁFICO	15
27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	15
28. FORO.....	15
29. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	15

1. OBJETIVO

- 1.1. 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 contrato, desde que observadas as restrições, tanto contratuais quanto legais, e ainda, o limite do capital segurado.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.
- 2.2. **Apólice** é o documento emitido pela Seguradora efetivando a celebração do contrato do seguro coletivo
- 2.3. **Beneficiário** é o Beneficiário deste seguro é o próprio Segurado, ou seu representante legal. Para as coberturas de auxílio funeral serão considerados beneficiários aqueles que provarem que arcaram com as despesas do funeral do segurado e/ou seu(s) dependente (s).
- 2.4. **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.
- 2.5. **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.

- 2.6. **Certificado Individual** é Documento entregue a cada segurado, contendo em linguagem clara e objetiva os elementos necessários para a correta utilização do seguro.
- 2.7. **Condições Gerais** é o 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.
- 2.8. **Contrato** é conjunto de cláusulas estabelecidas nos diferentes contratos na comercialização deste seguro.
- 2.9. **Doença** é o processo mórbido, definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais que leva o indivíduo a tratamento médico.
- 2.10. **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 consequências, 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.
- 2.11. **Estipulante** é a pessoa jurídica que contrata o seguro, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante a Seguradora.
- 2.12. **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.

- 2.13. **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.
- 2.14. **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.
- 2.15. **Grupo Segurado** é o conjunto de clientes efetivamente aceitos no seguro, pertencentes ao grupo segurável, cuja cobertura esteja em vigor.
- 2.16. **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, clínica ou casa de saúde para convalescentes ou para reabilitação
 - Home care (internação domiciliar).
- 2.17. **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.
- 2.18. **Início de Vigência** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- 2.19. **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.
- 2.20. **Passageiros** são todas as pessoas que estiverem sendo transportadas pelo veículo indicado no Contrato, incluindo o motorista.
- 2.21. **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.
- 2.22. **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.
- 2.23. **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.

- 2.24. **Renda Diária** é o valor da renda contratada pelo Segurado, expressa no Certificado de Inclusão do Seguro, indenizável em caso de ocorrência comprovada do evento coberto.
- 2.25. **Riscos Excluídos** são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Contrato, que não serão cobertos pelo plano de seguro.
- 2.26. **Segurado** é o proponente aceito pela Seguradora, cujas coberturas estejam em vigor.
- 2.27. **Seguradora** é a Cardif do Brasil Seguros e Previdência S.A., que assume os riscos inerentes às garantias.
- 2.28. **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.
- 2.29. **Sinistro** é ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do plano de seguro.
- 2.30. **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.
- 2.31. **Veículo Automotor** é todo veículo motorizado, com 4 (quatro) ou mais rodas, devidamente regulamentado e

licenciado para tráfego e transporte de pessoas.

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 da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.
- 3.2.1 Na falta das pessoas indicadas no item acima, 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 separada judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 3.2.3 Na contratação da garantia suplementar de Inclusão Automática ou Facultativa de Cônjuge e Filhos, a indenização será paga ao segurado titular.
- 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.
- 3.4. 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. Garantia Básica de Morte Acidental decorrentes de Acidentes de trânsito de motoristas e passageiros dentro de veículo automotor financiado.

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 quando motorista ou passageiro de veículo automotor estabelecido pelo Certificado, decorrente de acidente de trânsito, sendo o valor máximo indenizável definido no contrato do seguro.

4.1.2. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Morte Acidental decorrente de acidente de trânsito todas as pessoas físicas, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, que se encontre em plena atividade profissional, em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro e que, caso estejam na condição de motorista, sejam devidamente habilitadas para a condução do veículo automotor.

4.1. Garantia Básica de Invalidez Permanente Total por Acidente decorrente de acidentes de trânsitos de motoristas e passageiros dentro de veículo automotor financiado.

4.1.1. Objetivo: Garantir ao Segurado ou ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente a 100% (cem por cento) do valor do capital segurado da garantia básica de Morte Acidental, em caso de acidente pessoal decorrente de acidente de trânsito que resulte direta e exclusivamente uma Invalidez Permanente Total do Segurado quando

motorista ou passageiro de veículo automotor estabelecido no Certificado, verificada ao término do tratamento, desde que seja definitivo o caráter de Invalidez, sendo o valor máximo indenizável definido no Contrato do Seguro.

4.1.2. Para fins deste seguro, a Invalidez Permanente Total por Acidente será caracterizada após a constatação da:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os braços;
- c) Perda total do uso de ambas as pernas;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um braço e uma perna;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- b) Alienação mental total e incurável.

4.1.3. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a invalidez permanente total, a Seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos no Contrato do Seguro.

4.1.4. 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.

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

4.1.6. 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, desempassador, 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.

4.1.7. Desde que efetivamente comprovada, por ser o capital segurado da cobertura de Invalidez Permanente e Total por Acidente igual a 100% do Capital Segurado da cobertura básica 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.

4.1.7.1. 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 Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

4.1.8. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Invalidez Permanente Total por acidente decorrente de acidente trânsito de motoristas ou passageiros dentro de veículo automotor financiado, todas as pessoas físicas, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, que se encontrem em plena atividade profissional, em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro e que

sejam devidamente habilitadas para a condução de veículo automotor.

4.2. O plano de seguro sempre deverá abranger pelo menos a Cobertura Básica de Morte Acidental.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas presentes nessas condições gerais, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou em consequência de:

- a) 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;
- b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de resolução, 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;
- c) Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;
- d) Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;
- e) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) Epidemias e pandemias somente quando declarado por órgão competente.
- g) Acidentes, doenças ou lesões, bem como suas consequências, preexistentes à adesão do Segurado no presente seguro ou da alteração do capital segurado contratado originalmente, entendendo-se como tais àquelas de conhecimento

do Segurado e não declaradas no momento da adesão.

- h) Qualquer tipo de hérnia, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- i) Parto ou aborto, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- j) O choque anafilático, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto.
- k) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos médicos, clínicos e/ou cirúrgicos, salvo se decorrente de Acidente Pessoal coberto.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 6.1. Não haverá carência e franquia para as garantias de acidentes pessoais.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O capital segurado será estabelecido no Contrato do Seguro da apólice e corresponderá ao valor máximo para cada cobertura, a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro 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 DO CAPITAL SEGURADO

- 8.1. A atualização dos valores dos Capitais Segurados e prêmios relativos a este seguro serão efetuados anualmente pelo 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 IGP-M/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. Para os seguros de prazo inferior a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.

9. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 9.1. Não há reintegração para as garantias de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente.
- 9.2. Se depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte.

10. ACEITAÇÃO DOS 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, está considerada aceita, abrangendo todas as garantias, caso a Seguradora sobre ela não se manifeste expressamente ao Proponente, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicando 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 inscrito ao proponente e ao Estipulante, e o valor pago antecipadamente será restituído integralmente pela Seguradora, por meio de cheque nominativo, no prazo de 10(dez) dias contados da data da formalização da recusa.
- 10.5. O proponente terá cobertura provisória do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.
- 10.6. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela não devolução do valor pago antecipadamente após decurso do prazo, 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 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.
- 10.7. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

11. INCLUSÃO DE SEGURADOS

- 11.1. A inclusão dos segurados na apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo obrigatório para análise de aceitação o preenchimento de proposta de adesão, contendo a declaração pessoal de saúde.
- 11.2. A inclusão dos segurados na apólice será determinada no contrato e poderá ser compulsória quando abranger todos os clientes do Estipulante, observadas as condições de elegibilidade, ou facultativa quando o seguro abranger os clientes do Estipulante que tiverem sua inclusão expressamente declarada.

12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

- 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 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 de Seguro, 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 inscrito o desinteresse pela renovação.
- 12.3.1. As renovações posteriores deverão ser efetuadas de forma expressa.
- 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 do Seguro.

- 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.

13. CERTIFICADO DO SEGURO

- 13.1. No início da Vigência do seguro, bem como nas renovações subsequentes, 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 garantia relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes; e o prêmio total.

14. CUSTEIO DO SEGURO

14.1. O custeio das garantias previstas neste seguro poderá ser contributivo, parcialmente contributivo ou não contributivo, conforme indicado no Contrato do Seguro.

Contributivo: Quando o Segurado contribui parcial ou totalmente para o pagamento do(s) prêmio(s).

Parcialmente Contributivo: Quando o Segurado contribui parcialmente para o pagamento do(s) prêmio(s).

Não Contributivo: 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 do Seguro.

15.2. Poderá ser feita a reavaliação dos prêmios de seguro a qualquer tempo, conforme critérios definidos no Contrato do Seguro.

15.3. Qualquer alteração da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados dependerá da anuência expressa de $\frac{3}{4}$ dos segurados.

16. PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO

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

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 em 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 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, conforme definido no Contrato do Seguro.

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, nos seguros coletivos de custeio contributivo, 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. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

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

17.1.1. Automaticamente, quando do término do período de vigência do certificado individual, se este não for renovado;

17.1.2. Quando o segurado solicitar por escrito à Seguradora, sua exclusão da apólice;

17.1.3. Quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio;

17.2. 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.

18. SUSPENSÃO OU CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1. A suspensão e o respectivo cancelamento do certificado individual se darão sob as determinações destas Condições Gerais.

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

19. RESCISÃO CONTRATUAL

19.1. 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.

19.2. 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.

20. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

20.1. 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:

20.2. Garantia Básica de Morte Acidental decorrente de acidente de trânsito de motorista de veículo automotor:

- 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;
- e) Cópia simples da carteira de habilitação caso o segurado tenha sido o condutor do veículo;
- f) Cópia simples do comprovante de pagamento da indenização do seguro DPVAT.

20.3. Garantia Básica de Invalidez Permanente Total por Acidente decorrente de acidente de trânsito de motorista de veículo automotor:

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

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

d) Cópia simples da carteira de habilitação caso o segurado tenha sido o condutor do veículo.

e) Cópia simples do comprovante de pagamento da indenização do seguro DPVAT.

20.4. 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.

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

21. PAGAMENTO DE SINISTROS

21.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro deverá o Segurado/Estipulante 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;

21.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento de indenização devida pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação e informações ou esclarecimentos solicitados ao Estipulante, Segurado ou ao(s) beneficiários e que comprovem a ocorrência de sinistro coberto pela apólice e os prejuízos indenizáveis.

- 21.3. 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 para indenização dos sinistros sofrerá suspensão, assim, a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 21.4. Em caso de mais de um passageiro sinistrado no veículo indicado, o capital segurado contratado será distribuído entre os passageiros, limitado ao número de passageiros conforme a lotação oficial do veículo.
- 21.5. A forma e periodicidade do pagamento das indenizações de cada garantia ao Estipulante serão determinadas no Contrato do Seguro.
- 21.6. Quando a liquidação das obrigações não for efetuada dentro do prazo estabelecido no subitem;
- 21.7. 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, calculado em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data da efetivação liquidação das obrigações.
- 21.8. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

22. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

- 22.1. 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 garantia, além de ficar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.
- 22.1.1. Se a inexatidão ou omissão não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora terá 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.
- 22.2. 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.
- 22.2.1. 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.
- 22.2.2. 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.
- 22.3. Também haverá perda de direito à Indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Estipulante, do Segurado, seu (s)

representante (s) ou seu (s) Beneficiários (s):

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

23. PRAZO DE PRESCRIÇÃO

- 23.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

24. CLAUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

- 24.1. O plano de seguro poderá prever cláusula de distribuição de excedente técnico, conforme estabelecido nas condições Contratuais da apólice.

- 24.2. A presente cláusula concede ao Estipulante e/ou aos Segurados, a participação nos resultados técnicos da apólice. Anualmente, por ocasião do aniversário da apólice, a Seguradora fará a apuração dos lucros da mesma, sendo que para se apurar os lucros serão computadas todas as receitas e despesas ocorridas desde o início quando se tratar da primeira apuração.

- 24.3. Considera-se lucro a diferença positiva existente entre as receitas e despesas ocorridas no período de apuração.

- 24.4. A distribuição do excedente técnico será efetuada após o recebimento integral dos prêmios relativos ao período da apuração e no prazo máximo de até 60 (sessenta) dias úteis a contar da última quitação.

- 24.5. As definições dos itens que compõe as receitas e despesas serão especificadas no contrato do seguro.

- 24.6. Do resultado apurado, será distribuído o percentual estabelecido no contrato do seguro.

25. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS

- 25.1. 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.

- 25.2. 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 endosso correspondente.

- 25.3. 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.

26. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 26.1. Eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

28. FORO

- 28.1. 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. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 29.1. A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco;
- 29.2. As partes se submetem às normas brasileiras do seguro.

- 29.3. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep; e
- 29.4. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.



SONHOS, FUTURO, VIDA.

Seguros protegem o essencial.
Por isso, trabalhamos para que
sejam cada vez mais acessíveis.