

1 - OBJETIVO DO SEGURO

1.1 - O presente Seguro tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e sob as Condições Gerais, a seguir enumeradas, e Particulares, expressamente convencionadas, o pagamento de uma indenização ao Segurado ou a seus beneficiários, caso aquele venha a sofrer um acidente coberto.

2 - CONCEITOS

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

2.1.1 - Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

- ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- Escapamento acidental de gases e vapores;
- Seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- Alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

2.2 - Para fins deste Seguro, não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- as doenças (incluídas as profissionais), moléstia ou enfermidades, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente coberto, ressaltadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente coberto;**
- os denominados acidentes decorrentes de erros médicos, exemplificativamente, apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, parada cardíaca, trombose;**
- as consequências acidentais de tratamento ou exames clínicos, cirúrgicos, medicamentosos, por meio de agentes físicos, raio X, radium ou outros – quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por consequência de acidentes cobertos;**
- a contaminação radioativa e/ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes, caracterizadas por doenças, moléstia ou enfermidades, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto.**

2.3 - Beneficiário: É a pessoa física a favor da qual é devida a indenização em caso de sinistro, designadas pelo segurado na proposta de seguro.

2.4 - Capital Segurado: É a importância em dinheiro fixada na apólice, correspondente ao valor máximo estabelecido para o objeto do seguro.

2.5 - Cartão-Proposta: Instrumento utilizado pelos proponentes nos seguros coletivos de Vida e Acidentes Pessoais, para informar ao segurador dados pessoais, capitais a serem segurados, beneficiários e condições de saúde.

2.6 - Componente Principal: É a pessoa que está habilitada a ser incluída na apólice de Acidentes Pessoais Coletivo, em função de vínculo direto com o Estipulante.

2.7 - Componente Dependente: É a pessoa passível de ser incluída na apólice de Acidentes Pessoais Coletivo, em função de laços de parentesco ou afinidade com o componente principal e que dependam economicamente do mesmo de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda.

2.8 - Condições Gerais: É o instrumento contratual que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como define as características gerais do Seguro.

2.9 - Condições Particulares: São as condições que particularizam o contrato, indicando características únicas para cada grupo segurado, bem como seus aspectos operacionais.

2.10 - Estipulante: É a pessoa física ou jurídica que contrata o Seguro por conta de terceiros, ficando investido dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora.

2.11 - Franquia - É a participação obrigatória do Segurado, expressa na apólice em reais (R\$) ou em percentual do capital segurado dedutível em cada evento (sinistro) reclamado e coberto pela apólice. No caso de Incapacidade Temporária, a franquia é o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá

direito à percepção das diárias para qualquer sinistro.

2.12 - Grupo Segurável: É todo agrupamento de pessoas coberto por uma ou mais apólices de Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, sendo constituído por componentes principais e dependentes.

Não é extensiva aos componentes dependentes a garantia adicional de Diárias de Incapacidade Temporária.

2.13 - Indenização – É a contraprestação da Seguradora ao segurado que, com a efetivação do risco (ocorrência de evento previsto no contrato), venha a sofrer prejuízos de natureza econômica, fazendo jus à indenização pactuada.

2.14 - Índice de Aceitação e Manutenção: É a relação entre o número de Segurados e o número de componentes do grupo segurável, expressa em porcentagem, os quais deverão ser obedecidos pelo Estipulante para a aceitação e manutenção do seguro.

Os índices de aceitação e manutenção, para cada grupo segurado, serão estipulados pela Seguradora e constarão nas Condições Particulares da apólice.

2.15 - Invalidez Permanente - perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um membro ou órgão, decorrente de acidente.

2.16 - Lucros Cessantes - É a expressão usada para distinguir os lucros de que uma pessoa sofre privada e que devem vir ao patrimônio desta em virtude de impedimento decorrente de fato ou ato não acontecido ou praticado por sua vontade. São, assim, os ganhos que eram certos ou próprios ao seu direito, que foram frustrados por ato alheio ou fato de outrem.

2.17 - Nota Técnica – É o estudo matemático e atuarial, feito por técnico capacitado, que serve para fixar o custo do seguro.

2.18 - Plano: É o estabelecimento das modalidades, ou suas combinações de cobertura, em conexão com o prazo do seguro e a forma dos pagamentos dos prêmios.

2.19 - Prêmio: É a importância paga pelo segurado à seguradora para que esta garanta o risco a que ele está exposto

2.20 - Proponente: É a pessoa física que manifesta a intenção de aderir ao Seguro, mediante o preenchimento do Cartão Proposta.

2.21 - Proposta de Inscrição: é o instrumento mediante o qual o estipulante expressa a intenção de aderir ao seguro, especificando seus dados cadastrais e manifestando pleno conhecimento e concordância com as regras estabelecidas nas respectivas Condições Gerais. A proposta é parte integrante do contrato;

2.22 - Segurado: Pessoa física que, tendo interesse segurável, contrata o seguro, em seu benefício pessoal ou de terceiros. É a pessoa em relação à qual a seguradora assume a responsabilidade de determinados riscos. Pessoa que contrata o seguro e/ou está exposta aos riscos previstos nas coberturas indicadas na apólice.

2.23 - Seguradora: é a pessoa jurídica legalmente constituída, que emite a apólice, assumindo o risco de indenizar o beneficiário/segurado caso ocorra um dos eventos cobertos pelo seguro.

2.24 - Sinistro: É a ocorrência de um evento coberto e indenizável, previsto no contrato de seguro.

2.25 - IGPM – FGV (Índice Geral de Preços – Mercado, da Fundação Getúlio Vargas):

É o índice de atualização monetária dos capitais segurados bem como dos prêmios. No caso de alteração, extinção ou vedação do índice de atualização até então adotado, serão efetivados os procedimentos determinados pelos órgãos públicos competentes, ficando as presentes disposições imediatamente enquadradas às novas determinações.

2.26 - Seguro Contributivo: Seguro onde os componentes são responsáveis pelo pagamento do prêmio, total ou parcialmente.

2.27 - Seguro Não Contributivo: Seguro onde os componentes não pagam prêmios, sendo tal responsabilidade exclusiva do Estipulante ou do Sub-Estipulante.

3 - GARANTIAS DO SEGURO

3.1 - As garantias do presente seguro dividem-se em básicas e adicionais.

3.2 - São consideradas garantias básicas:

- Morte;
- Invalidez Permanente por Acidente

3.3 - Para a efetivação do seguro, deverá haver a contratação de pelo menos uma das coberturas básicas oferecidas.

3.4 - No caso de Morte, a Seguradora pagará aos beneficiários do Seguro a importância correspondente, respeitando o que dispõe o subitem 4.1 destas condições.

3.5 - No caso de Invalidez Permanente, desde que esteja terminado o tratamento e seja definitivo o caráter da invalidez, a Seguradora pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% S/ A IMP. SEGURADA			
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 um dos pés.....	100			
	Perda total do uso de ambos os pés.....	100			
	Alienação mental total incurável.....	100			
	PARCIAL	DIVERSAS	Perda total da visão de um olho.....	30	
			Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista.....	70	
Surdez total incurável de ambos os ouvidos.....			40		
Surdez total incurável de um dos ouvidos.....			20		
Mudez incurável.....			50		
Fratura não consolidada do maxilar inferior.....			20		
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral			20		
Imobilidade do segmento toraco-lombo-sacro da coluna vertebral.....			25		
PARCIAL			MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores ..	70
				Perda total do uso de uma das mãos.....	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros.....	50			
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30			
	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 metacarpiano.....	25			
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive metacarpiano.....	18			
	Perda total do uso da falange distal do polegar.....	9			
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores.....	15			
	Perda total de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios.....	12			
	Perda total do uso de um dos dedos anulares.....	9			
	Perda total de uso qualquer falange, excluídas as dos polegares: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.....				
	PARCIAL	MEMBROS INFERIORES		Perda total do uso de um dos membros inferiores....	70
				Perda total do uso de um dos pés.....	50
				Fratura não consolidada de um fêmur.....	50
				Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros.....	25
				Fratura não consolidada da rótula.....	20
				Fratura não consolidada de um pé.....	20
Anquilose total de um dos joelhos.....			20		
Anquilose total de um dos tornozelos.....			20		
Anquilose total do quadril.....			20		
Perda total de um dos pés, ou seja, 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 1º. dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalentes 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					

3.6 - No caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido, à percentagem prevista na tabela para perda total do membro, órgão ou parte atingida.

3.7 - Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau desta redução (máximo, médio e mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

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

3.9 - A perda ou agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização, salvo quando previamente declarado pelo Segurado na contratação do Seguro, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, comprovado mediante laudo médico informando o grau de perda funcional.

3.10 - A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito à indenização por invalidez permanente;

3.11 - A constatação da Invalidez Permanente Total por Acidente se fará através de laudo subscrito por médico devidamente habilitado na sua especialização, e/ou por declaração da Previdência Social.

3.11.1 - Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, devem ser submetidas a 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.

3.12 - Desde que contratada uma das coberturas básicas mencionadas acima, o segurado poderá contratar as seguintes coberturas adicionais:

- Despesas Médico – Hospitalares
- Diárias de Incapacidade Temporária

3.13 - No caso de Despesas Médico-Hospitalares, efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, em decorrência de evento coberto pelo seguro, sob orientação médica iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente, a Seguradora indenizará as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares, incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado, observados os critérios dos subitens a seguir:

3.13.1 - Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

- estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

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

3.15 - A comprovação das despesas médico-hospitalares deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

3.16 - As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando o limite de cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro.

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

3.18 - No caso de Incapacidade Temporária, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer qualquer atividade relativa a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observado o limite contratual máximo de 360 (trezentos e sessenta), as diárias de incapacidade temporária são devidas a partir do 16º (décimo sexto) dia da caracterização da incapacidade.

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

4 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

4.1 - As indenizações por MORTE e INVALIDEZ PERMANENTE não se acumulam em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

4.2 - As indenizações por Despesas Médico-Hospitalares e Diárias por Incapacidade Temporária, são cumulativas com qualquer outra garantia do presente Seguro.

5 - RISCOS COBERTOS

5.1 - Além dos riscos conceituados no subitem 2.1 e 2.1.1, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- choque elétrico e raio;
- contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- infecções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- queda na água ou afogamento.

6 - RISCOS EXCLUÍDOS

6.1 - Além dos riscos conceituados no subitem 2.2, estão expressamente excluídos da cobertura do Seguro os acidentes ocorridos em consequência:

- do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou

- outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- c) de competições em aeronaves e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;
 - d) de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade, em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.
 - e) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais, compreendidas entre elas as conseqüentes do uso do álcool, de drogas ou entorpecentes, de uso fortuito, ocasional ou habitual;
 - f) de tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) de quaisquer acidentes citados no subitem 2.2, alíneas “b” e “c”, destas Condições Gerais;
 - h) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos.

6.2 - Qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências.

6.3 - O parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo quando provocados por acidentes;

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

6.5 - O suicídio premeditado ou a tentativa de suicídio premeditado.

6.6 - O choque anafilático e suas conseqüências.

6.7 - Os envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias tóxicas – ressalvado o disposto na alínea “b” do subitem 2.1.1 – ou entorpecentes.

6.8 - Quaisquer alterações mentais, salvo a alienação mental total e incurável, decorrente de acidente coberto.

6.9 - Estão também excluídos da cobertura deste seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em conseqüência de evento coberto, decorrentes de:

- a) **Danos Morais e Estéticos – pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente apólice as indenizações por DANOS MORAIS E ESTÉTICOS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.** Dano estético é todo e qualquer dano físico/corporal causado a pessoas que embora não acarretando seqüelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética. Dano moral é toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico, ficando a cargo do juiz no processo o reconhecimento da existência de tal dano bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, devendo ser sempre caracterizado como uma punição que se direciona especificamente contra o efetivo causador dos danos.
- b) **Lucros Cessantes resultantes da paralisação, temporário ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável.**
- c) **Perdas e Danos decorrentes, direta ou indiretamente, de qualquer evento, mesmo quando coberto pela apólice.**

7 - INCLUSÃO DE COMPONENTES

7.1 - A inclusão dos componentes principais é feita por adesão a este Seguro e da seguinte forma:

- a) **automática** – quando o Seguro abranger todos os componentes principais;
- b) **facultativa** – quando o Seguro abranger somente os componentes principais que autorizarem sua inclusão.

7.2 - A inclusão dos componentes dependentes pode ser feita das seguintes formas:

- a) **automática** – quando o Seguro abranger exclusiva e compulsoriamente todos os cônjuges e/ou filhos dos componentes principais considerados dependentes pela legislação do Imposto de Renda;
- b) **facultativa** – quando, somente por autorização do componente principal, o seguro abranger quaisquer dos componentes dependentes conceituados no subitem 2.7.

7.2.1 - Equiparam-se aos cônjuges as(os) companheiras(os) do segurado, desde que estas (es) comprovem, nos termos da Lei 8278/96, a União Estável, caracterizada pela convivência duradoura, pública e contínua, com o objetivo de constituir família .”

7.2.2 - Os componentes pertencentes a categorias profissionais para as quais não são

expedidas Carteiras Profissionais podem incluir no Seguro as companheiras, quando estas estiverem registradas de acordo com regulamentação própria.

7.2.3 - Quando os segurados principais tiverem dependentes comuns, estes somente podem

ser incluídos uma única vez, considerando-se na forma de inclusão automática, como dependentes daquele de maior capital segurado na soma das garantias principais.

7.3 - A inclusão dos componentes seguráveis é feita por adesão a este seguro, podendo ser exigido para análise de aceitação, o preenchimento de cartão-proposta, bem como declaração pessoal ou prova de saúde.

8 - ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

8.1 - Somente serão aceitos os proponentes que se encontrarem em boas condições de saúde e em serviço ativo no dia fixado para início do respectivo risco individual.

8.2 - Cada Proponente deverá preencher o Cartão-Proposta especificando suas condições de saúde e de seus dependentes.

8.2.1 - Com base nas declarações prestadas no Cartão-Proposta, a Seguradora aceitará ou não o Seguro dos componentes principais e/ou dependentes.

8.3 - A aceitação ocorrerá no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados da data do protocolo de recebimento do Cartão Proposta pela Seguradora. A inexistência de manifestação expressa dentro deste prazo, implicará na aceitação automática do Seguro.

8.4 - No caso de não aceitação do Cartão Proposta, será comunicado ao proponente por escrito, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados do protocolo de recebimento na Seguradora, dispondo ao mesmo todos os valores por ele destinados à Seguradora, devidamente atualizados pela Taxa Referencial – TR “pro rata tempore” correspondente ao número de dias decorridos desde a data do recolhimento do prêmio até a data da efetiva devolução pela Seguradora.

8.5 - O proponente, na data da assinatura do Cartão Proposta, recebeu as Condições Gerais, as quais foram descritas em linguagem simples e precisa, de acordo com o Código de Defesa do Consumidor.

8.6 - A aceitação do proponente no Seguro será caracterizada pela emissão do respectivo **Certificado Individual**, em seu nome, com a indicação das garantias contratadas, do início de vigência e das demais condições pertinentes ao seu Seguro, bem como em renovações.

9 - PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

9.1 - O custeio do Seguro pode ser:

- a) Não contributivo, em que os Segurados não pagam prêmio; ou
 - b) Contributivo, em que os Segurados pagam prêmio, total ou parcialmente.
- 9.2 - A Seguradora delega ao Estipulante a cobrança dos prêmios, ficando este responsável pelo pagamento, nos prazos contratuais, das respectivas faturas e Notas de Seguro emitidas pela Seguradora para quitação através da rede bancária.

9.3 - É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do Seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido; caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

9.4 - É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

9.5 - O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o Seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o pagamento se refere.

9.6 - **Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Estipulante ou Segurado, o que deve ser feito, no máximo até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.**

9.6.1 - Quando a data limite para pagamento dos prêmios cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º dia útil, posterior ao vencimento, em que houver expediente bancário.

9.7 - **O não pagamento do prêmio, por parte do Estipulante, nos seguros não contributivos, ou Segurado, nos seguros contributivos, até a data estabelecida no respectivo documento de cobrança, observado o subitem 9.6.1, acarretará a suspensão automática das garantias previstas na apólice a partir do dia subsequente ao término do período de cobertura a que se referir.**

9.7.1 - **Entretanto, no caso de pagamento antecipado ao período de cobertura, o não pagamento do prêmio, por parte do Estipulante ou Segurado, até a data estabelecida no respectivo documento de cobrança, observado o subitem 9.6.1, acarretará a suspensão automática das garantias previstas na apólice a partir do primeiro dia do período de cobertura a que se referir.**

9.8 - **Regularizando-se o pagamento dos prêmios em atraso dentro de 60 (sessenta) dias, a contar da data do vencimento do primeiro prêmio em atraso, o Seguro será reabilitado a partir do dia imediatamente subsequente ao do pagamento.**

9.9 - A reabilitação do seguro de que trata o item 9.8, anterior, será realizada mediante o pagamento do valor da(s) parcelas(s) vencida(s), devidamente atualizada(s) pela Taxa Referencial (TR) “pro rata tempore”, correspondente ao número de dias decorridos desde a data do vencimento da(s) parcela(s) em atraso até a data do efetivo pagamento, acrescida(s) de multa moratória de 2% incidente em cada parcela e juros.

9.10 - As garantias que tenham sido suspensas na forma do subitem 9.7, anterior, serão canceladas se o Estipulante ou Segurado deixar de recolher à Seguradora os prêmios mensais por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias.

9.11 - Os procedimentos indicados nos subitens 9.7, e 9.10, anteriores, serão ratificados ao Estipulante ou Segurado no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar do primeiro prêmio em atraso.

9.12 - Entretanto, nos Seguros coletivos contributários, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito a cobertura do Seguro, respondendo a Seguradora, até o cancelamento da apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

9.13 - No caso da cobrança do prêmio se efetuar através de desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado.

9.14 - Na cobrança do prêmio, mediante fatura, a Seguradora providenciará para que cada Estipulante receba sua fatura até 15 (quinze) dias antes da data do vencimento.

9.14.1 - O Estipulante e/ou Segurado que não tiver recebido o novo carnê até trinta dias após o vencimento da última parcela do carnê anterior, deverá efetuar o pagamento do prêmio mediante depósito na conta indicada no carnê ou através de ordem de pagamento tomada na rede bancária, com indicação do número da apólice e de seu certificado individual.

10 - REVALIDAÇÃO DO SEGURO

10.1 - A revalidação do Seguro, cancelado por falta de pagamento, dependerá de prévia aceitação da Seguradora, que aplicará, nesses casos, as condições estabelecidas no item 8.

11 - CAPITAL SEGURADO

11.1 - Para fins deste seguro, é a importância máxima a ser paga ou reembolsada em função do valor estabelecido para a garantia contratada, vigente na data do acidente.

11.2 - A indenização por morte de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais específicas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiras.

11.3 - Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, a data do acidente.

11.4 - O capital segurado máximo individual para este Seguro estará determinado nas Condições Particulares da apólice.

12 - VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL

12.1 - O critério para início de vigência do risco individual estará determinado nas Condições Particulares da apólice, estando o período de vigência determinado pela apólice de seguro.

12.2 - O certificado individual será cancelado com a morte do Segurado.

13 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

13.1 - A vigência da apólice será de um 1(um) ano, sendo facultada a contratação por períodos diferentes (dias, meses ou anos).

13.2 - A renovação desta apólice é automática ao fim de cada período de vigência, salvo se a Seguradora ou o Segurado comunicar o desinteresse pela mesma, mediante aviso prévio e formal de 30 (trinta) dias, anterior a seu vencimento, recebendo o segurado em cada renovação novo certificado individual informando as coberturas contratadas.

13.3 - A automacidade não se aplica aos Seguros de prazos inferiores a 1 (um) ano, casos em que a renovação é feita mediante apresentação de nova Proposta pelo Estipulante.

14 - CANCELAMENTO DO SEGURO

14.1 - O não pagamento do prêmio, por parte do Segurado, nos seguros contributários, ou Estipulante, os seguros não contributários, ensejará o cancelamento do seguro, conforme prazo estabelecido no item 9 (nove) destas Condições Gerais.

14.1.1 - Caso se verifique a impossibilidade de manutenção do grupo pela alteração da natureza dos riscos e não havendo acordo

entre as partes quanto a reavaliação do prêmio, a apólice será cancelada mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias.

14.2 O seguro poderá ser cancelado pelo Estipulante, quando este se manifestar contrário a renovação automática prevista no item 13.2, observado o prazo ali estabelecido.

15 - CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

15.1 - A cobertura de cada Segurado cessa no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, ressaltando-se, em qualquer caso, que dá-se automaticamente o cancelamento do Seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade, se o segurado, seus prepostos ou beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do Seguro ou ainda para obter ou majorar a indenização.

15.2 - Respeitado-se o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do componente principal cessa, ainda, nos seguros coletivos:

a) com o desaparecimento do vínculo entre o componente e o Estipulante, e
b) quando o componente solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

15.2.1 - No caso da alínea “a”, o componente pode optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo os custos e os riscos de cobrança.

15.3 - Além das situações mencionadas anteriormente, a cobertura de cada componente dependente cessa:

a) Se o componente principal deixar o grupo segurado;
b) Com a morte do componente principal;
c) No caso de cessação da condição de dependente;
d) A pedido do componente principal; e
e) Com a inclusão de dependente no grupo segurável principal.

16 - ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

16.1 - Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita, por escrito, com a concordância das partes contratantes.

16.2 - O Segurado poderá substituir seus beneficiários, a qualquer tempo, mediante aviso prévio escrito à Seguradora.

16.2.1 - Nenhuma alteração de beneficiários terá validade se não constar da declaração escrita do Segurado.

17 - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

17.1 - O Estipulante, Segurado ou seus beneficiários deverão comunicar à Seguradora a ocorrência de evento coberto, imediatamente após ciência do mesmo, através do formulário “AVISO DE SINISTRO”, ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora, sob pena de perda de direito ao pagamento

17.2 - Na comunicação, por carta ou telegrama, deverão constar data, hora, local e causa do sinistro.

17.2.1 - A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera o Segurado, seu representante ou seus beneficiários, da obrigação de apresentar o formulário “AVISO DE SINISTRO”.

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

17.4 - O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, conforme a natureza do evento, dos seguintes documentos abaixo relacionados:

17.5 - MORTE ACIDENTAL:

17.5.1 - Aviso de Sinistro, preenchido pelo Estipulante e pelo beneficiário, ou seu representante legal, no campo Informações do Segurado em caso de acidente;

17.5.2 - Certidão de óbito;

17.5.3 - Certidão de nascimento e/ou casamento do falecido;

17.5.4 - CPF e RG do falecido;

17.5.5 - CPF e RG do(s) beneficiário(s) ou, na inexistência dos mesmos, certidão de nascimento;

17.5.6 - Certidão de nascimento e ou casamento do(s) beneficiário(s);

17.5.7 - Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;

17.5.8 - Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML, quando couber;

17.5.9 - Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo.

17.6 - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE:

17.6.1 - Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado, ou seu representante legal quando o mesmo estiver impossibilitado, e pelo médico assistente;

17.6.2 - CPF e RG do Segurado;

17.6.3 - CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho- se for o caso;

17.6.4 - Atestado de Alta Médica definitiva;

17.6.5- Resultados de todos os exames realizados na pessoa do Segurado;

17.6.6 - Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;

17.6.7 - Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo;
17.6.8 - Declaração Médica confirmando o estado de invalidez permanente contendo o nome completo do médico responsável e o número de inscrição no Conselho Regional de Medicina ou Laudo da Previdência Social.

17.7 - DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES (DMH):

17.7.1 Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado, ou seu representante legal quando o mesmo estiver impossibilitado, e pelo médico assistente;

17.7.2 - CPF e RG do Segurado;

17.7.3 - Originais de todos comprovantes de despesas médica e hospitalares;

17.7.4 - Resultados de todos os exames realizados na pessoa do Segurado;

17.7.5 - CAT - Comunicação de Acidente do trabalho – se for o caso;

17.7.6 - Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;

17.7.7 - Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo.

17.8 - DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT):

17.8.1 - Aviso de Sinistro, preenchido pelo Estipulante, Segurado e/ou representante legal;

17.8.2 - RG e CPF do Segurado;

17.8.3 - Relatório Médico onde deverá constar a data do evento, diagnóstico, tratamento realizado e tempo previsto de afastamento;

17.8.4 - Exames Complementares realizados;

17.8.5 - Tratando-se de acidente de trabalho, juntar cópia do formulário de Comprovação de

Acidente de Trabalho;

17.8.6 - Tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, juntar cópia do Boletim de Ocorrência;

17.8.7 - Para efeito de prova da incapacidade temporária, a Seguradora poderá exigir atestado médico ou documentos emitidos pela Previdência Social.

17.9 - Observações:

17.9.1 - Os documentos pessoais deverão ser apresentados em cópias autenticadas, exceto Aviso de Sinistro e comprovantes de despesas.

17.9.2 - O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

17.9.3 - Em caso de dúvida fundada e justificável por parte da Seguradora, outros documentos poderão ser solicitados, reiniciando, a partir da entrega do último documento exigido, a contagem do prazo de entrega de que trata o item anterior.

18 - PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

18.1 - Para recebimento da indenização, deverá ser plenamente provado ocorrência do evento coberto, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro, não restando prejudicado o pagamento da indenização desde que tenham sido entregues todos os documentos solicitados pela Seguradora.

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

18.3 - As indenizações por morte ou invalidez total por acidente podem ser pagas integral ou parcialmente, sob a forma de renda certa, desde que tenha havido opção expressa neste sentido e mediante a inclusão da Cláusula Especial de Transformação de Indenização em Renda Certa, no Seguro.

18.4 - A renda certa é aquela em que se proporciona ao(s) beneficiários o pagamento de uma renda por um período antecipadamente determinado pelo Segurado na contratação, não podendo ultrapassar 24 (vinte e quatro) prestações mensais. Mesmo que o beneficiário indicado pelo Segurado venha a falecer durante o período de recebimento das parcelas do benefício, os pagamentos não se interromperão e serão efetuados, limitados ao saldo residual e ao período indicado inicialmente pelo Segurado, ao(s) herdeiro(s) do(s) beneficiário(s) falecido(s), de acordo com a legislação vigente.

18.4.1 - O valor de cada parcela será calculado utilizando-se juros reais de 6% ao ano, na forma da Tabela Price e atualizado anualmente pelo IGPM/FGV ou outro que venha substituí-lo.

18.5 - No caso de menores de idade, a indenização por invalidez permanente será paga conforme a seguir:

a) pessoas de idade inferior a 16 (dezesesseis) anos – a indenização será paga em nome do menor Segurado, mediante representação do seus pais ou tutores;

b) pessoas de idade de 16 (dezesesseis) a 21 (vinte e um) anos – a indenização será paga ao menor Segurado, devidamente assistido por seu pai ou representante legal.

19 - PERDA DE INDENIZAÇÃO

19.1 - A Seguradora não pagará qualquer indenização, com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos ou beneficiários:

a) inexistência ou omissão nas declarações constantes do Cartão Proposta e/ou Aviso de Sinistro que possam influenciar na aceitação dos riscos;

b) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro e;

c) fraude ou tentativa de fraude simulando acidente ou agravando suas consequências.

20 - CONTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL

20.1 - Possuindo o Segurado mais de uma apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo Despesas Médico-Hospitalares, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual, em cada garantia, a importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia em todas as apólices em vigor na data do sinistro.

21 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO

21.1 - Os capitais segurados bem como os prêmios deste Seguro poderão ser atualizados anualmente pelo IGPM/FGV ou índice que o substitua estabelecido pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, ou pelos valores fixos em reais (R\$), desde que expresso pelo Estipulante na Proposta de Seguro.

21.2 - O reajuste do capital segurado dos aposentados e dos Segurados afastados serão feitos na mesma proporção do reajuste para os Segurados ativos, desde que o critério de reajuste seja adotado para todos os componentes ativos;

21.3 - Caberá ao Estipulante solicitar à Seguradora, por escrito e em comum acordo, bem como com expressa anuência do segurado, o aumento do capital segurado.

22 - FRANQUIA

22.1 - A garantia de Despesas Médico-Hospitalares está sujeita à aplicação de franquia, conforme declaração constante da apólice. No caso de Incapacidade Temporária, a franquia cobrada será o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção das diárias para qualquer sinistro.

23 - INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

23.1 - Cabe ao Segurado nomear ou substituir seus beneficiários;

23.2 - Na falta de beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge e metade aos herdeiros do Segurado. Na falta destas pessoas, serão beneficiários os que dentro de 6 (seis) meses reclamarem o pagamento do seguro e provarem que a morte do segurado os privou de meios para proverem a sua subsistência.

24 - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

24.1 - A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou corretor, somente poderá ser efetuada com autorização expressa da Seguradora, respeitadas as condições da apólice e as normas do Seguro.

25 - ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

25.1 - O presente Seguro abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

25.2 - O disposto no subitem anterior não se aplica à garantia de Diária de Incapacidade Temporária, a qual só dá direito a acidentes ocorridos no Brasil e durante a permanência do Segurado no país.

26 - REINTEGRAÇÃO

26.1 - A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente.

27 - AÇÃO DE RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIRO CIVILMENTE RESPONSÁVEL PELO ACIDENTE

27.1 - A Seguradora renuncia, em favor do Segurado, ao direito de promover ação de ressarcimento contra terceiros civilmente responsáveis pelo acidente.

28 - FORO

28.1 - Fica eleito o Foro da Comarca do Segurado para dirimir eventuais dúvidas oriundas das presentes Condições Gerais, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.