

Starr International Brasil Seguradora S/A

CNPJ 17.341.270/0001-69

Processo SUSEP: 15414.900159/2013-64

Apólice: 4928.2019.01.0982.01475

Estipulante	CPF/CNPJ	Vigência	
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF	21.195.755/0001-69	01/08/2020 a 31/07/2021	
Endereço	Número	Complemento	
R JOSE LOURENCO KELMER	S/N		
Bairro	Cidade	UF	CEP
SAO PEDRO	JUIZ DE FORA	MG	36036-900
E-mail	Telefone	Contato	
Corretor	CPF/CNPJ	Cod. SUSEP	
Endereço	Complemento		
Bairro	Cidade	UF	CEP
E-mail	Telefone	Contato	
Co-corretor	CPF/CNPJ	Cód. SUSEP	
Endereço	Complemento		
Bairro	Cidade	UF	CEP
E-mail	Telefone	Contato/Responsável	

Garantias e Coberturas Contratadas

	Mínimo	Máximo
MORTE ACIDENTAL	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (até)	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00

São Paulo, 31 de agosto de 2020.

Cristina Domingues
Diretora

Starr International Brasil Seguradora S/A

CNPJ 17.341.270/0001-69

Processo SUSEP: 15414.900159/2013-64

Apólice: 4928.2019.01.0982.01475

A proposta de contratação assinada pelo Estipulante é a formalização da contratação da Apólice emitida pela Starr International Brasil Seguradora S/A.

A Starr International Brasil Seguradora S/A, baseando-se nas informações da proposta que lhe foi apresentada pelo Estipulante, obriga-se a indenizar o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) o Capital Segurado contratado em virtude da ocorrência de um sinistro coberto.

As coberturas se darão mediante o recebimento do Prêmio do Seguro e estarão condicionadas aos termos das Condições Gerais, Particulares e Especiais da Apólice, ou ainda em seus anexos.

Eventos ocorridos em data anterior ao início da Vigência não serão elegíveis às coberturas securitárias aqui descritas.

Fracionamento

Fica entendido e ajustado que o Prêmio desta Apólice será pago em averbações sucessivas, que ocorrerão sempre após 30 dias do vencimento inicial e assim sucessivamente. Quando o vencimento ocorrer em data que não houver expediente bancário o Prêmio poderá ser pago no primeiro dia útil após o vencimento sem nenhum ônus para o Segurado.

Disposições Gerais

O Seguro descrito nesta Apólice é garantido pela Starr International Brasil Seguradora S/A, CNPJ 17.341.270/0001-69, Av. Paulista, 283 – 14º. Andar – Bela Vista CEP 01311-000, São Paulo.

Vigência: o início da Vigência desta Apólice será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data constante na presente Apólice e o seu término as 24 (vinte e quatro) horas da data descrita também nesta Apólice.

Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora, bem como o Estipulante, a faculdade de não renovar o presente Seguro na data de seu vencimento.

Término de Vigência: a cobertura terá seu termo final: a) a qualquer momento, desde que solicitado pelo Estipulante; b) quando terminar a Vigência do seu Seguro descrito no presente Certificado; c) quando terminar a Vigência da Apólice. Em caso de não pagamento do Prêmio do Seguro, o Estipulante/Segurado será notificado no atraso para regularização dos pagamentos com pelo menos 10 (dez) dias de antecedência do cancelamento. O Estipulante/Segurado deverá pagar as faturas em atraso, acrescidas dos encargos, para evitar o cancelamento do Seguro.

Após 60 (sessenta) dias ocorridos de inadimplência, o Seguro será automaticamente cancelado, devendo o prazo de Vigência da cobertura ser ajustado em função do Prêmio já pago, sendo o Segurado notificado com antecedência mínima de 10 (dez) dias corridos antes do término do referido prazo.

Todas as comunicações do Estipulante para com a Seguradora, relativas ao presente Seguro, inclusive alterações e cancelamento do contrato, deverão ser feitas por escrito e assinadas pelo Segurado devendo ser preferencialmente entregues ao Corretor e/ou Seguradora.

Sinistro: Em caso de sinistro encaminhar e-mail para sinistros@starrcompanies.com. Caso o Segurado possua a ASSISTÊNCIA FUNERAL, entrar em contato no telefone 0800 726 8662. Caso possua SEGURO e ASSISTÊNCIA VIAGEM, entrar em contato no telefone +55 11 3191 8700 Exterior ou +55 11 99733 5604 Whatsapp.

A presente Apólice anula as Apólices recebidas anteriormente a esta.

O registro deste Plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

As condições contratuais deste produto encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante desta Apólice e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br. O Segurado também poderá contatar a SUSEP no horário das 9:30hs as 17:00hs pelo telefone 0800 021 8484.

O Segurado também 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.

São Paulo, 31 de agosto de 2020.

Cristina Domingues
Diretora

SEÇÃO I

GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nesta apólice, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.

ACIDENTE PESSOAL

É o 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 consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor, em especial o art. 798 do Código Civil Brasileiro;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

- b.1) 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;
- b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b.4) 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, ora definido.

AGRAVAMENTO DO RISCO:

É uma circunstância superveniente à contratação do seguro, que aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do Segurado.

ÂMBITO GEOGRÁFICO:

Termo que determina o território de abrangência das coberturas previstas no contrato de seguro ou a extensão na qual o seguro ou a cobertura é válida. Sinônimo: Perímetro de Cobertura.

APÓLICE

É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos;

AVISO DE SINISTRO

É a comunicação imediata da ocorrência de um sinistro que o Segurado está obrigado a fazer à Seguradora, por si ou por seu estipulante, no momento em que tome conhecimento dele.

ATO ILÍCITO

Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

BENEFICIÁRIO

É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro;

BOA-FÉ

É a boa intenção, isenta de dolo ou engano, com que uma pessoa física ou jurídica realiza o contrato de seguro, sendo o pressuposto indispensável para a existência, execução, validade e contratação do seguro.

CAPITAL SEGUADO

É a importância máxima a ser paga ou reembolsada ao Segurado ou aos seu(s) beneficiário(s) em função dos valores estabelecidos para cada garantia contratada, na ocorrência de um sinistro coberto pelo contrato de seguro.

CARÊNCIA:

É o lapso de tempo contado a partir da data de início de vigência, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

CARREGAMENTO

É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização do contrato de seguro;

CASO FORTUITO

É o acontecimento imprevisto e independente da vontade humana, cujos efeitos não são possíveis evitar ou impedir. Exemplos: tempestade, furacão, inundação, queda de raio, outros fenômenos da natureza.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DO SEGURO

É o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio. Documento que comprova a inclusão do segurado na apólice coletiva.

COBERTURA

É a garantia prometida pela Seguradora no sentido de proteger e/ou cobrir os riscos predeterminados contratados com o Segurado, mediante pagamento do prêmio pelo segurado e do capital segurado pela seguradora, com base nos valores e condições pactuadas no Contrato de Seguro.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

CONDIÇÕES GERAIS

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, **quando se tratar de seguro coletivo**, do estipulante.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

CONTRATO

É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

CONSIGNANTE

É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

CUSTEIO DO SEGURO:

Quanto à forma do pagamento do prêmio, o seguro poderá ser:

Não Contributário: em que os segurados não pagam prêmio, ou; Contributário: em que os segurados pagam prêmio total ou parcialmente.

DANO CORPORAL

Lesão exclusivamente física causada ao corpo da pessoa. Danos classificáveis como mentais ou psicológicos, não oriundos de danos corporais, não estão abrangidos por esta definição.

DATA DO VENCIMENTO

É a data limite para pagamento da parcela única ou das parcelas fracionadas (parcelas mensais) correspondentes ao prêmio do seguro.

DOENÇAS OU LESÕES PRÉ-EXISTENTES

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro.

DOLO

Má-fé; qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro; vontade conscientemente dirigida com a finalidade de obter um resultado criminoso.

ENDOSSO

É o documento através do qual o Estipulante /Segurado e a Seguradora formalizam qualquer alteração no Contrato/Apólice, durante a sua vigência, que implique em modificação de dados, condições ou objeto do seguro ou sua transferência a outrem. Uma vez anexado à Apólice e aceito o Endosso passa a prevalecer sobre as condições originais do contrato.

ESTIPULANTE

É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

EVENTO

Toda e qualquer ocorrência ou acontecimento decorrente de uma mesma causa passível de ser garantido pela apólice de seguro contratado.

FATO GERADOR

É a causa de um evento danoso. Quando existem várias causas, trata-se da causa que predomina e efetivamente produz o evento danoso.

FÔRO

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

GRUPO SEGURADO

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

GRUPO SEGURÁVEL

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

INÍCIO DE VIGÊNCIA

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto pelo contrato de seguro.

LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Pagamento da indenização/capital segurado relativa a um sinistro coberto pelo contrato de seguro.

NOTA TÉCNICA ATUARIAL

É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

PERÍODO DE AVALIAÇÃO DO RISCO

É o período de 15 dias corridos que mediará entre a data do recebimento da Proposta de Contratação pela Seguradora e sua expressa aceitação ou recusa em assumir o risco.

PRÊMIO

É o valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

PRÊMIO COMERCIAL

É o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

PRÊMIO PURO

É o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

PROPONENTE

É o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

PROPOSTA DE ADESÃO

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

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO RISCO

É o questionário respondido pelo Segurado, específico para avaliação do risco a ser coberto pela Seguradora.

REABILITAÇÃO

É o retorno da cobertura suspensa por inadimplência e posterior pagamento do prêmio.

REINTEGRAÇÃO

É a manutenção do valor da importância segurada garantida pelo contrato, feita ou não através do pagamento de prêmio adicional.

REGULAÇÃO DO SINISTRO

Procedimentos realizados pela Seguradora para apuração e exame das causas e circunstâncias que caracterizaram o sinistro e, em face dessas verificações, concluir sobre o pagamento da cobertura contratada, bem como se o Segurado cumpriu as suas obrigações legais e contratuais.

RENOVAÇÃO

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

RESCISÃO

É a dissolução antecipada do Contrato de Seguro que acarreta o cancelamento da Apólice.

RISCO

Situação de incerteza que gera a expectativa de sinistro. Elemento essencial e indispensável à realização do Contrato de Seguro.

RISCOS EXCLUÍDOS

Eventos preestabelecidos nas condições gerais do seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento do capital segurado quando de sua ocorrência.

SEGURADO

É o proponente que teve aceita a sua proposta de adesão pela Seguradora.

SEGURADO PRINCIPAL

Aquele que mantém vínculo com o Estipulante.

SEGURADORA

É a pessoa jurídica devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

SINISTRO

Acontecimento involuntário e casual de evento decorrente do risco cuja cobertura está prevista no Contrato de Seguro, e a que a Seguradora está obrigada a indenizar.

SUSEP

Superintendência de Seguros Privados: Autarquia Federal fiscalizadora e reguladora das entidades do mercado securitário.

TERMO INICIAL

Entende-se pela data em que se inicia o prazo a ser obedecido pela Seguradora para realizar a regulação do sinistro. O Termo Inicial passará a fluir a partir do momento em que a Seguradora for detentora de todas as informações e documentos necessários ao processo regulatório do sinistro, solicitados ao Segurado.

VIGÊNCIA DO CONTRATO DE SEGURO

É o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.

VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

É o período em que o segurado está coberto pelas garantias previstas no Contrato de Seguro.

SEÇÃO II

CONDIÇÕES GERAIS DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1.1 - A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco;

1.2 - As declarações do Segurado e do Estipulante junto à Seguradora serão revestidas, obrigatoriamente, da mais estrita boa-fé como também de exatidão, veracidade e totalidade de circunstâncias envolvidas, para a correta avaliação do risco a ser garantido e correta fixação do prêmio, pela Seguradora.

1.3 - Somente mediante entrega de proposta, preenchida e assinada pelo Segurado, por seu representante legal, ou corretor de seguros habilitado, o presente seguro poderá ser contratado, alterado, prorrogado ou renovado;

1.3.1 - 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 sociedade seguradora.

O valor do adiantamento a que se refere o este item é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

1.4 - Mediante a contratação deste seguro, somente serão consideradas como coberturas contratadas aquelas expressamente ratificadas na apólice, tornando-se nulas e sem efeito quaisquer outras a seguir descritas.

1.5 - Para as situações não previstas nestas Condições Gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

1.6 - Mediante a contratação deste seguro, o Segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.

1.7 - A cada segurado incluído no seguro será enviado um Certificado Individual.

1.8 - O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

1.9 - 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.

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO

O objetivo deste seguro é garantir o pagamento da indenização ao próprio Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), em caso de acidente pessoal sofrido pelo segurado, desde que previsto nas condições e cláusulas deste seguro e de acordo com as coberturas contratadas pelo Estipulante e/ou Segurado.

CLÁUSULA 3ª - GARANTIAS

São previstas as seguintes garantias:

3.1 Garantias Básicas

- a) Morte Acidental;
- b) Invalidez Permanente total ou parcial por acidente;

3.2 Garantias Adicionais

- a) Auxílio Funeral por Acidente;
- b) Invalidez Permanente Parcial por Acidente Majorada
- c) Despesas Médico - hospitalares e Odontológicas decorrentes de acidentes, cabendo ao segurado a livre escolha dos prestadores dos serviços médicos. Esta cobertura somente será garantida se as despesas realizadas forem efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30(trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, mediante o pagamento do prêmio adicional estipulado, observadas as Condições deste Contrato de Seguro e respectiva Apólice.

3.3 Garantias Suplementares

- a) Cláusula de Distribuição de Excedente Técnico

3.4 Combinação de Garantias

- a) Deverá ser contratada, pelo menos, uma das garantias básicas de Morte Acidental ou Invalidez Permanente total ou parcial por acidente;
- b) A garantia adicional de Invalidez Permanente Parcial por Acidente Majorada somente poderá ser contratada adicionalmente à contratação da garantia básica de Invalidez Permanente total ou parcial por acidente;
- c) As demais garantias poderão ser contratadas em conjunto com uma das garantias básicas contratadas;
- d) As garantias contratadas estarão expressamente ratificadas na Apólice e no Certificado Individual.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS COBERTOS

Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos àqueles expressamente convencionados nas cláusulas das coberturas, devidamente ratificadas na Apólice, que dela fazem parte integrante e inseparável, e que, salvo expressa menção em contrário, ocorram em todo o globo terrestre.

Os riscos previstos no parágrafo anterior estarão cobertos pelo Seguro quando provierem da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 - Estão expressamente excluídos das coberturas contratadas pelo presente Seguro, os sinistros ocorridos em consequência de:

- a) 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;**
- b) 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, terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e deles decorrentes;**
- c) quaisquer doenças;**
- d) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;**
- e) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores do Estipulante, seus dirigentes e/ou administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;**
- f) suicídio ou sua tentativa quando ocorridos nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso.**

5.2 - Além dos riscos excluídos no item acima, as coberturas relativas ao presente seguro não abrangem:

- a) danos morais;**
- b) no caso de portadores de deficiência física: as lesões e/ou doenças relacionadas a quaisquer manifestações clínicas preexistentes, devidamente evidentes como direta e/ou indiretamente relacionadas à causa da deficiência física e/ou às suas repercussões, assim como, as condições clínicas advindas de qualquer complicação, em qualquer tempo, inclusas as decorrentes e as relacionadas aos tratamentos instituídos e ainda, as lesões e disfunções de qualquer natureza e expressão e suas respectivas consequências, também em qualquer tempo, que tenham sido induzidas, precipitadas e/ou facilitadas pela deficiência física do segurado e/ou por quaisquer de suas interdependências patológicas e/ou disfuncionais, mesmo que temporárias, preexistentes que eram de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.**

5.3 - Estarão amparados pelo Seguro, os riscos cobertos quando provierem da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

CLÁUSULA 6ª - ACEITAÇÃO DO SEGURO

6.1 - A celebração ou alteração deste Seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado.

6.1.1 - A adesão dos segurados à apólice deverá ser realizada mediante a assinatura da proposta de adesão para prévia análise de aceitação da Seguradora.

6.1.2 - Para a aceitação de que trata o subitem anterior, poderão ser exigidos outros documentos, tais como declaração pessoal de saúde, declaração de atividade laborativa ou exames médicos, correndo à custa a expensas da Seguradora.

6.2 - Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por **endosso** à Apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente aditivo.

6.2.1 - Qualquer modificação da apólice em vigor 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.

6.3 - A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação da proposta, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. Durante o período de avaliação do risco (15 dias), serão considerados cobertos os sinistros em que ficar constatada a adequação da Proposta de Adesão às normas de aceitação de riscos da Seguradora.

6.3.1 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 sociedade seguradora nos casos em que a proposta for recusada a cobertura cessará automaticamente na data da formalização da recusa.

6.4 - Caso o proponente do seguro seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no subitem 6.3 anterior.

6.4.1 - No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 6.3 anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

6.5 - Nos casos em que a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, os prazos previstos no subitem 6.3 anterior serão suspensos, até que o ressegurador se manifeste formalmente sobre a aceitação.

6.5.1 - Na hipótese prevista no subitem anterior, é vedada a cobrança de prêmio total ou parcial, até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta.

6.6 - A ausência de manifestação da Seguradora nos prazos previstos acima caracterizará a aceitação tácita da proposta.

6.7 - Em caso recusa do risco onde tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. O proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

6.8 - É facultado à Seguradora solicitar, quando da assinatura da proposta ou da solicitação de aumento do valor do capital segurado, para efeito de subscrição, informação do proponente ou do segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

6.9 - Os portadores de deficiência física que fizerem parte do grupo segurável poderão ser aceitos em todas as coberturas, todavia, ficando excluídos da cobertura os riscos relacionados à deficiência pré-existente.

6.10 - A data de aceitação da proposta será aquela em que a Seguradora se manifestar formalmente ou a de término dos prazos previstos no subitem 6.3 anterior, nesta última hipótese, em caso de ausência de manifestação formal em contrário, por parte da Seguradora.

CLÁUSULA 7ª - CAPITAL SEGURADO

7.1 - Entende-se como capital segurado o valor máximo para as coberturas contratadas a ser pago ou reembolsado pela sociedade seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do sinistro.

7.2 - Considera-se como data do sinistro, para efeito de determinação do capital segurado quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

7.3 - Os critérios de fixação e reajuste dos capitais, seus mínimos e máximos, bem como períodos de aplicação serão estabelecidos nas Contrato da apólice.

7.4 - No caso de inclusão de menores de 14 anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.

CLÁUSULA 8ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

8.1 - Estarão cobertos os sinistros ocorridos em todo o globo terrestre.

CLÁUSULA 9ª - CARÊNCIAS E FRANQUIAS

9.1 - Para este Seguro não são aplicadas carências, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, em que a carência será de dois anos ininterruptos, contados da data de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

9.2 - Não são previstas franquias para o presente Seguro.

CLÁUSULA 10 - PAGAMENTO DO PRÊMIO

10.1 - Este seguro poderá ser pago a vista ou **parceladamente**, através do fracionamento do prêmio, conforme o número de parcelas descrito na Apólice.

10.1.1 - O pagamento se dará, obrigatoriamente, através da rede bancária, ou outras formas admitidas em lei, até as datas de vencimento estabelecidas no documento de cobrança.

10.1.2 - A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

10.2 - Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil posterior em que houver expediente bancário.

10.3 - Não é permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

10.4 - Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar o cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora, e sujeita o estipulante às cominações legais.

10.5 - Nos prêmios fracionados com incidência de juros, é facultado ao Estipulante/Segurado antecipar o pagamento do prêmio fracionado, total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros pactuados.

10.6 - No caso de fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto a seguir:

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso	Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso
13%	5%	73%	53%
20%	9%	75%	57%
27%	13%	78%	62%
30%	17%	80%	66%
37%	21%	83%	70%
40%	25%	85%	74%
46%	29%	88%	79%
50%	33%	90%	83%
56%	37%	93%	87%
60%	41%	95%	91%
66%	45%	98%	95%
70%	49%	100%	100%

Nota: Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

10.7 - A Seguradora informará em destaque no documento de cobrança de cada parcela, o prazo de vigência original contratado e o novo prazo ajustado que vigorará o seguro na hipótese do não pagamento de cada parcela.

10.8 - O Segurado poderá restabelecer o direito sobre as coberturas contratadas, pelo período inicialmente acordado, desde que retome o pagamento do prêmio devido, dentro do prazo estabelecido no contrato, corrigidas monetariamente conforme disposto na cláusula 22 destas condições Gerais.

10.8.1 - Além da atualização monetária, é previsto juros moratórios de acordo com as disposições destas Condições Gerais.

10.9 - No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, o não pagamento de qualquer parcela subsequente à primeira implicará o cancelamento desta apólice de pleno direito.

10.10 - Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento deste contrato de seguro, as parcelas vincendas do prêmio serão deduzidas do valor da indenização, excluído o respectivo adicional de fracionamento.

10.11 - Fica vedado o cancelamento do contrato de Seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto às instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o financiamento.

10.12 - Os valores devidos a título de devolução dos prêmios sujeitam-se a atualização monetária pela variação do índice estabelecido no plano, a partir da data em que se tornarem exigíveis. No caso de cancelamento do contrato: a partir da data do recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora; No caso de recebimento indevido de prêmio: a partir da data de recebimento do prêmio; No caso de recusa de proposta: a

partir da data de formalização de recusa devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

CLÁUSULA 11 - ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

11.1 - É expressamente vedada a atuação como Estipulante deste Seguro:

- a) Corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes; e
- b) Seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.

11.2 - A vedação estabelecida no subitem 11.1 anterior não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.

11.3 - Não é considerada estipulante a pessoa jurídica que, sem ter subscrito proposta de contratação, tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável exclusivamente pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na folha de pagamento do respectivo segurado e o consequente repasse em favor da Seguradora.

11.4 - É expressamente vedado ao Estipulante:

- a) cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- d) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

11.5 - São obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por àquela, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- h) comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- l) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

m) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

n) comunicar formal e expressamente à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e segurados, e/ou da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que silenciou de má-fé.

CLÁUSULA 12 - VIGÊNCIA

12.1 - As apólices, os certificados de seguro e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

12.1.1 - Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

12.1.2 Nos 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 sociedade seguradora.

12.2 - Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

CLÁUSULA 13 - RENOVAÇÃO DA APÓLICE

13.1 - As apólices com vigência de 1 (Hum) ano ou superior, poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, sendo as renovações posteriores realizadas de forma expressa.

13.1.1 - A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo estipulante quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada na forma expressa. A renovação que implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

13.1.2 - A renovação automática a que se refere o subitem 13.1 anterior não se aplica aos segurados, estipulantes, nos planos coletivos, ou à Seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano.

13.2 - O desinteresse em renovação da apólice, **pela seguradora**, deverá ser comunicado ao Segurado e ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, (60) sessenta dias que antecedam o final da vigência da apólice. O mesmo prazo prevalece para o desinteresse por parte do Estipulante e Segurado.

13.3 - Este seguro é firmado por prazo determinado tendo a Seguradora e o Estipulante a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice cuja vigência se extinguiu.

CLÁUSULA 14 - CANCELAMENTO DO SEGURO

14.1 - O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

14.2 - Excetuando-se o disposto no item 14.1 anterior, o cancelamento da apólice somente se dará quando expirar seu prazo de vigência ou por falta de pagamento.

14.3 - No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, serão observadas as seguintes disposições:

a) a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

b) quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no subitem 10.6 anterior.

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

CLÁUSULA 15 - PERDA DE DIREITO

15.1 - O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

15.2 - Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

I - na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) cancelar o seguro, restando, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

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

a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, restando, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) 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.

III - 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 de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

15.3 - O segurado perderá o direito ao pagamento do capital segurado em caso de inobservância das obrigações convencionadas nas condições deste seguro.

15.4 - O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o 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.

15.4.1 - A mudança de profissão/ atividade, alteração de residência fixa para outro país ou a prática de esportes violentos ou de risco voluntário, tais como, exemplificativa, mas não exclusivamente como: esportes aéreos, náuticos a motor, lutas e artes marciais, competição automobilística, o exercício de atividades amadora ou profissional a bordo de aeronaves de qualquer característica ou em ambientes insalubres e/ou perigosos, são exemplos de incidentes suscetíveis de agravar o risco coberto, e devem ser comunicados à Seguradora previamente ao novo risco, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que houve silêncio de má-fé.

15.4.2 - A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

15.5. Fica estabelecido que os prazos prescricionais são aqueles estabelecidos em Lei.

CLÁUSULA 16 - CESSAÇÃO DA COBERTURA

16.1 - 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 Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

16.2 - Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no subitem anterior aplica-se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.

16.3 - As coberturas individuais cessarão automaticamente:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) no caso de o Segurado, por qualquer motivo, vir a desligar-se do Estipulante, das apólices e, conseqüentemente, do grupo segurável, exceto no caso de aposentadoria;
- c) a partir da data em que o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão da apólice deste seguro;
- d) no caso de coberturas adicionais ou especiais, além dos casos previstos anteriormente, com o cancelamento da respectiva cláusula; ou
- e) quando o segurado for indenizado pela cobertura de Morte Acidental.

CLÁUSULA 17 - ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS

17.1 - Qualquer modificação da apólice em vigor 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, e será objeto de endosso.

17.2 - Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, o endosso poderá ser realizado apenas com a anuência do estipulante.

17.3 - Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas deste contrato somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

CLÁUSULA 18 - BENEFICIÁRIOS

18.1 – É lícito ao segurado substituir seus beneficiários a qualquer momento desde que o faça mediante comunicação expressa à Seguradora.

18.2 – É válida a instituição de companheira(o) como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou se já se encontrava separado de fato.

18.3 - Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles dispostos nos Artigos 791, 792 e 793 do Código Civil Brasileiro.

CLÁUSULA 19 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

19.1 - Para o recebimento da indenização, o Segurado ou o beneficiário deverá apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante, o formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou beneficiário. Os documentos básicos necessários para Liquidação de Sinistro são descritos nas cláusulas das respectivas coberturas.

19.2 - O pagamento de qualquer indenização devida relativa ao presente seguro será efetuado à vista, em até 30 (trinta) dias corridos, após o **TERMO INICIAL desse prazo, ou seja**, após a entrega de todos os documentos básicos relacionados a cada cobertura e informações necessárias que possibilitem a regulação e liquidação comprovação do sinistro.

19.2.1 O não pagamento da indenização no prazo previsto no item 19.2 destas Condições Gerais, implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização conforme disposto na Cláusula 21 destas Condições Gerais.

19.3 - Fica reservado à Seguradora o direito de solicitar outros documentos, além dos básicos, no caso de dúvida fundada e justificável, que sejam necessários para regulação e liquidação do sinistro. Neste caso, será suspensa e voltará a correr a contagem do prazo que trata o parágrafo anterior, a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

19.4 - Quando os documentos solicitados forem cópias, estes devem ser autenticados.

19.5 - No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de 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 junta médica.

19.5.1 - A junta médica de que trata o subitem anterior será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

19.5.2 - Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.

19.6 - O Estipulante, Corretor, Segurado e/ou beneficiários deverão comunicar à Seguradora, de imediato, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, assim que tiver conhecimento.

19.7 - A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente, para fins deste Seguro.

19.8 - Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

CLÁUSULA 20 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

20.1 - O índice pactuado para atualização dos capitais segurados e seus respectivos prêmios relativos às operações derivadas do presente contrato é a variação do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, acumulado nos últimos 12 meses anteriores à data da referida atualização.

20.2 - Caso o referido índice não esteja mais disponível, será utilizado o IGPM/FGV - Índice Geral de Preços Mercado/ Fundação Getúlio Vargas em substituição.

20.3 - Às Contratações com vigência inferior a 1 (um) ano não se aplica a cláusula de atualização de monetária.

20.4 Os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

20.5 Os Capitais Segurados, bem como os prêmios serão atualizados anualmente de acordo com o índice pactuado.

CLÁUSULA 21 - MULTA E MORA

21.1 - Os valores relativos as obrigações pecuniárias decorrentes das operações derivadas do presente contrato estarão sujeitas a atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Função Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, desde a data do evento, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária. Os valores estarão ainda sujeitos ao a multa de 2% não cumuláveis.

21.2 - Os valores relativos as obrigações pecuniárias estarão sujeitas ainda a juros moratórios de 5% ao ano, sempre que o prazo previsto para a liquidação da obrigação superar o prazo estabelecido nestas Condições Gerais, sendo aplicados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado calculados na base "pro-rata-die".

CLÁUSULA 22 - REGIME FINANCEIRO

22.1 - Considerando-se que o plano de seguro em questão é estruturado em regime financeiro de repartição, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, exceto aqueles pagos a maior, por erro de cobrança da Seguradora, ou em caso de recusa da proposta de seguro em que o prêmio tenha sido pago antecipadamente.

22.2 - O prêmio a ser restituído nas hipóteses do subitem anterior será atualizado pelo IPCA/IBGE, ou outro índice que venha a substituí-lo.

CLÁUSULA 23 - SUB-ROGAÇÃO

Nos Seguros de Pessoas o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.

CLÁUSULA 24 - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Estipulante e/ou Corretor de Seguro, deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as condições contratuais e a nota técnica atuarial submetidas à SUSEP.

CLÁUSULA 25 - FORO

Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do contrato de seguro, o foro eleito para dirimir quaisquer dúvidas resultantes deste contrato será o do domicílio do Segurado ou beneficiário, conforme foi o caso.

SEÇÃO III

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao(s) beneficiário(s) do Segurado, o pagamento do capital segurado indicado na Apólice, caso o Segurado venha a falecer em consequência de acidente coberto.

2. CONCEITO

Acidente pessoal é o 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 consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se o disposto nos riscos cobertos, descritos no subitem 3 posterior.

3. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos conceituados no item 2 acima, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a) 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;**
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por**

Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

d) acidentes decorrentes de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

e) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei; e

f) acidente vascular cerebral.

Estarão amparados pelo Seguro, a morte do segurado quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente e Morte Acidental não se acumulam.

5.1. 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, se contratada esta cobertura.

6. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ele comunicado pelo Estipulante ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

6.1. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

6.1.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, descritos na Cláusula 19 das Condições Gerais, com informações completas sobre o acidente.

7. LIQUIDAÇÃO DO SINISTROS E COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

7.1. O beneficiário, para recebimento do capital segurado, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

7.2. Deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos para a liquidação do sinistro:

a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido com assinatura e CRM do médico atendente;

b) Certidão de Óbito;

c) Laudo Cadavérico – IML;

d) Boletim de Ocorrência Policial;

e) Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente);

f) Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;

g) RG e CPF do segurado e beneficiário.

7.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta dos beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

7.4. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais ou processos relacionados com o acidente.

7.5. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

8. CARÊNCIA

Não haverá carência para a respectiva cobertura, exceto nos casos em que a morte ocorrer por suicídio ocorrido no período de 2 anos imediatamente após a contratação do seguro.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CLÁUSULA DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura fica garantido ao Segurado o pagamento da indenização, limitada ao capital segurado contratado para esta cobertura, caso ele venha a ficar parcial ou totalmente inválido, em caráter permanente, em consequência de acidente coberto.

2. CONCEITOS

Acidente pessoal é o 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 consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se o disposto nos riscos cobertos, descritos no subitem 3 posterior.

2.1. A cobertura de invalidez permanente por acidente garante o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

3. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos conceituados no item 2 acima, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais de Acidentes Pessoais Coletivo, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a) 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;**
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no inciso I deste artigo;**
- e) acidentes decorrentes de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza; e**
- f) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;**
- g) a perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente; e**
- h) acidente vascular cerebral.**

Estarão amparados pelo Seguro, a incapacidade do segurado quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE – IPA

No caso de Invalidez Permanente, verificada após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir.

TABELA PARA O CÁLCULO DO PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Invalidez Permanente Total ou Parcial Por Acidente	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
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 do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100
Invalidez Permanente Parcial - Diversas	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
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 no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Invalidez Permanente Parcial - Membros Superiores	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
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

Invalidez Permanente Total ou Parcial Por Acidente	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---
Invalidez Permanente Parcial - Membros Inferiores	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
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 (perna)	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	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo:	---
pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor 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	06
menos de 3 (três) centímetros	sem pagamento

5.1. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

5.1.1. 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 das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

5.2. Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

5.3. 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).

5.4. 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.

5.5. 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.

6. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente e Morte Acidental não se acumulam.

6.1. 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, se contratada esta cobertura.

7. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ele comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

7.1. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

Condição contratual.

7.1.1. A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário e documentos correlatos, descrito na Cláusula 19 das Condições Gerais, com informações completas sobre o acidente.

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

8. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

8.1. O Segurado ou beneficiário, para recebimento do pagamento da indenização, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

8.2. Deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos para a liquidação do sinistro:

a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido com assinatura e CRM do médico atendente;

- b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez;
- c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) CPF e RG do segurado;
- e) Aviso de Alta Médica.

8.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

8.4. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais ou processos relacionados com o acidente.

8.5. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

8.6. O Segurado se compromete a submeter-se a exames e/ou perícia médica solicitadas pela Seguradora, para comprovação e avaliação de seu grau de invalidez, quando julgados necessários pela mesma.

9. JUNTA MÉDICA

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade 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 junta médica.

9.1.1 A junta médica de que trata esta Cláusula será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

9.1.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.

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

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

No caso de invalidez total ou parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

10.1. A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

11. CARÊNCIA

Para a presente cobertura não é prevista carência, **exceto no caso de tentativa de suicídio quando ocorridos nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso.**

12. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CLÁUSULA DA COBERTURA AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL

1. RISCOS COBERTOS

As presentes Condições Especiais têm como objetivo garantir o reembolso ao(s) Beneficiário(s) deste Seguro, das despesas efetivamente gastas com o funeral do

8. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

No caso de pagamento da indenização por INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE MAJORADA fica automaticamente cancelada a cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente.

9. RATIFICAÇÃO

Aplicam-se todas as disposições estabelecidas na **CLÁUSULA DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**, bem como as disposições e termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CLÁUSULA DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1. OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura fica garantido o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

2. RISCOS COBERTOS

Despesas médico-hospitalares para eventos diretamente ligados a causas acidentais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura de DMH – Despesas Médico hospitalares, além daqueles previstos na Cláusula 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS das condições Gerais de Acidentes Pessoais Coletivo, 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 e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado e enfermagem de caráter particular;
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;
- e) cirurgia plástica estética, exceto aquelas de caráter reparador para reconstituição de funções, danificadas em função de acidente coberto, e cuja finalidade não seja meramente estética;
- f) estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;
- g) tratamentos relacionados a doenças;
- h) 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;
- i) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham

a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

j) 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, definido nas Condições Gerais;

k) acidentes decorrentes de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza; e

l) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.

3.1. A seguradora não se eximirá ao pagamento do capital segurado, ainda que da apólice quando a morte ou a incapacidade do segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

3.1.1. A omissão do Segurado quanto a informação da prática de esportes violentos, quando do preenchimento da proposta individual de adesão, se esta lhe foi exigida, é causa ensejadora de perda do direito ao capital segurado por esta cobertura.

4. DA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

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

5. CAPITAL MÁXIMO SEGURADO

Conforme definido na Apólice.

6. DA COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais e documentos necessários a comprovação do acidente. Os documentos básicos para liquidação do sinistro são abaixo relacionados:

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido com assinatura e CRM do médico atendente;
- b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez;
- c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) CPF e RG do segurado;
- e) Aviso de Alta Médica;
- f) Comprovantes das despesas efetuadas.

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

7. CLÁUSULA DE CONCORRÊNCIA

7.1. Possuindo o segurado mais de uma apólice, nesta ou em outra seguradora, garantindo despesas médico-hospitalares, a responsabilidade desta seguradora, nesta apólice, será igual a importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta garantia em cada uma delas.

7.2. Pelo mesmo acidente, o reembolso não poderá superar o limite máximo contratado para a cobertura de DMH.

8. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

No caso de utilização do reembolso por esta cobertura, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

8.1. A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

9. CARÊNCIA

Para a presente cobertura não é prevista carência.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

1. OBJETIVO

Com a inclusão da presente Cláusula fica entendido e concordado que a Seguradora concederá ao Estipulante e/ou aos Segurados da apólice uma participação em seus resultados técnicos, nos termos das condições definidas a seguir, desde que tenha sido verificada uma média mensal mínima de 500 Segurados principais durante o período de apuração de, no mínimo, 12 meses correspondente ao período de vigência do Seguro.

2. APURAÇÃO DOS EXCEDENTES

A distribuição dos excedentes técnicos será realizada após o término da vigência da apólice, desde que a mesma seja renovada nesta Seguradora, e depois de pagas todas as faturas de prêmio do período em apuração e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

3. DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO CUSTEIO

No seguro parcial ou totalmente contributivo, o excedente técnico a ser distribuído será, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado aos Segurados, sendo certo que a parte do excedente técnico a ser distribuída entre os Segurados poderá ser convertida em benefícios ao grupo segurado, nos termos definidos no Contrato.

4. RECEITAS

Consideram-se como receitas mínimas para fins de apuração do resultado técnico:

- os prêmios líquidos, de competências correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- o estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- recuperação de sinistro de resseguro, até o limite dos prêmios cedidos; e
- estorno da reserva de sinistros ocorridos e não avisados, do período de vigência anterior.

5. DESPESAS

Consideram-se como despesas mínimas para fins de apuração do resultado técnico:

- as comissões de corretagem, de administração (pró-labore) e de agenciamento pagas durante o período;