



CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTE PESSOAL INDIVIDUAL Processo SUSEP nº 15414.000099/2008-11

1. OBJETIVO DO SEGURO:

Obedecidas às condições e os limites das coberturas adiante estabelecidos, o objetivo deste Seguro é garantir o pagamento do Capital Segurado, ao próprio Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), caso ocorra quaisquer dos eventos previstos nas condições deste Seguro, desde que tais eventos estejam incluídos nas coberturas contratadas pelo Segurado.

2. DEFINIÇÕES:

2.1 Acidente pessoal

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 à morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se neste conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- 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 seqüestros e tentativas de seqüestros;
- 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 neste 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 conseqüentes 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- 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, definido no subitem 2.1.

2.2 Agravamento do Risco

É o aumento da probabilidade de ocorrência do Risco Coberto ou da intensidade de seus efeitos por ato do Segurado.

2.3 Âmbito de Cobertura

Significa abrangência da cobertura em determinado tipo de Seguro, ou seja, a delimitação entre riscos que estão cobertos e os que não estão.

2.4 Apólice

É o documento emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação da cobertura solicitada pelo Proponente.

2.5 Aviso de Sinistro

É a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que tenha o seu conhecimento.

2.6 Beneficiário

Pessoa física designada para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.7 Boa-Fé

É um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos da Proposta de Contratação e na determinação do significado dos compromissos assumidos. O Segurado se obriga a descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência de sinistro. A Seguradora, por seu lado, é obrigada a dar



informações exatas sobre as Condições Gerais e Especiais e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o Segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes. Esse princípio obriga, igualmente, a Seguradora a evitar o uso de fórmulas ou interpretações que limitem sua responsabilidade perante o Segurado.

2.8 Capital Segurado

É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro.

2.9 Carregamento

É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

2.10 Cobertura

É a proteção conferida por um plano de Seguro ou de Resseguro. Também chamada como garantia, com a qual por vezes se confunde.

2.11 Cobertura Básica

É a cobertura principal de um ramo.

2.12 Coberturas de Risco

São as coberturas do Seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada.

2.13 Colateral

São parentes em linha colateral ou transversal, até o quarto grau, as pessoas provenientes de um só tronco, sem descenderem uma da outra. São exemplos: irmãos, tios, sobrinhos, primos, tio-avô, sobrinho-neto; pois os mesmos possuem um ancestral comum.

2.14 Condições Contratuais

É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais e das Condições Especiais.

2.15 Condições Gerais

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

2.16 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.

2.17 Corretor de Seguros

Perante a legislação brasileira, o corretor é o intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e a promover plano de Seguro, entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, podendo ser brasileiro ou estrangeiro, se pessoa física, mas com residência permanente ao país. Ao corretor é permitido ter prepostos de sua livre escolha, bem como designar, entre eles, o que o substitua nos seus impedimentos ou faltas. A habilitação do corretor ao exercício da profissão depende da obtenção de um diploma de aprovação em exame promovido pela FUNENSEG (Escola Nacional de Seguros).

2.18 Cosseguro

Divisão de um risco Segurado entre vários Seguradores, ficando cada um deles responsável direto por uma quota-parte determinada do valor total do Seguro.

2.19 Data do Evento

É data da ocorrência do Evento (Risco Coberto).

2.20 Declaração Pessoal de Saúde

É o questionário, normalmente integrante da Proposta de Contratação, no qual o proponente do Seguro, presta as informações sobre seu estado de saúde e por elas se responsabiliza, sob as penas previstas no Código Civil, substituindo o exame médico.

2.21 Doença Preexistente

É a doença de conhecimento do Segurado e não declarada na Proposta de Contratação.

2.22 Estorno de Prêmio

É a retificação de erro cometido, ao lançar, indevidamente, um prêmio ou parcela do mesmo, em crédito ou débito.

2.23 Evento

É toda e qualquer ocorrência ou acontecimento passível de ser garantido por estas Condições Gerais.



2.24 Garantia

É a designação genérica utilizada para designar as responsabilidades pelos riscos assumidos pela Seguradora ou Resseguradora, também empregada como sinônimo de cobertura.

2.25 Indenização

O valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

2.26 Índice de Sinistralidade

É o coeficiente ou percentagem que indica a proporção existente entre o custo dos sinistros, ocorridos num conjunto de riscos e o volume global dos prêmios advindos de tais operações no mesmo período.

2.27 Início de Vigência

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

2.28 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.

2.29 Natimorto

É aquele que nasceu morto ou que, tendo vindo à luz com sinais de vida, logo morreu.

2.30 Parâmetros Técnicos

É a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

2.31 Período de Cobertura

É aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos Capitais Segurados contratados.

2.32 Prazo de Carência

É o período, contado a partir da data de início de vigência do Seguro ou do aumento do Capital Segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados.

2.33 Prêmio

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

2.34 Prêmio Comercial

É o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos.

2.35 Prêmio Puro

É o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos.

2.36 Proponente

É o interessado em contratar em aderir a Proposta de Contratação.

2.37 Proposta de Contratação

É o documento preenchido e assinado pelo Proponente ou por seu representante, por meio do qual expressa a sua intenção de contratar o Seguro e faz sua Declaração Pessoal de Saúde, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais do Seguro, e que é submetido à Seguradora para análise do risco.

2.38 Reintegração de Capital

É o restabelecimento da importância segurada, após o sinistro e o pagamento do Capital Segurado pelo evento coberto.

2.39 Regime Financeiro de Repartição Simples

Estrutura técnica em que as contribuições pagas por todos os participantes do plano, em determinado período, deverão ser suficientes para pagar os benefícios decorrentes dos eventos ocorridos nesse período. Sendo assim, neste tipo de plano não há devolução ou resgate de prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.

2.40 Renovação Automática



É a modalidade de renovação na qual o Seguro permanece em vigor, sempre que não exista manifestação em contrário de uma ou de ambas as partes contratantes.

2.41 Resseguradora

É a pessoa jurídica, Seguradora e/ou Resseguradora, que aceita, em Resseguro, a totalidade ou parte das responsabilidades repassadas pela Seguradora direta, ou por outros Resseguradores, recebendo esta última operação o nome de retrocessão.

2.42 Risco

É o evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o Seguro. O risco é a expectativa de sinistro. É comum a palavra ser usada, também, para significar a coisa ou pessoa sujeita ao risco.

2.43 Riscos Excluídos

São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

2.44 Seguradora

É a empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (Susep) a funcionar no Brasil como tal e que, recebendo o prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado por estas Condições Gerais.

2.45 Segurado

É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro.

2.46 Segurado Principal

É a pessoa física que, tendo interesse segurável, contrata o Seguro em seu benefício pessoal ou de terceiros.

2.47 Seguro

É o Contrato pelo qual uma das partes se obriga, mediante a cobrança de prêmio, a indenizar outra pela ocorrência de determinados eventos ou por eventuais prejuízos. É a proteção econômica que o indivíduo busca para prevenir-se contra a necessidade aleatória.

2.48 Sinistro

É a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de Seguro.

2.49 Taxa

É o elemento necessário à fixação das tarifas de prêmios, cálculo de juros, reservas matemáticas, etc. A taxa é uma percentagem fixa, que se aplica a cada caso determinado, estabelecendo a importância necessária ao fim visado. É comum encontrar as taxas expressas em percentagem (%).

3. GARANTIAS DO SEGURO:

Para fins deste Seguro, consideram-se riscos cobertos àqueles expressamente convencionados nestas Condições Gerais e Especiais, que dela fazem parte integrante e inseparável, e que, salvo expressa menção em contrário, ocorram em todo o globo terrestre.

3.1. As Coberturas Básicas oferecidas por este Seguro são:

- Morte Acidental (MA);
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

4. RISCOS EXCLUÍDOS:

4.1. Estão expressamente excluídos das Coberturas Básicas deste Seguro, os eventos 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) doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do Seguro, não declarados na Proposta de Contratação e de conhecimento do Segurado;
- d) o suicídio, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos dois primeiros anos de vigência individual do Seguro, ou do aumento espontâneo e individual de seu Capital Segurado;
- e) danos morais;
- f) para portadores de deficiência física: lesões e/ou doenças relacionadas a quaisquer manifestações clínicas preexistentes de conhecimento prévio dos Segurados, e não declaradas na Proposta de Contratação, 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,

incluas as decorrentes e as relacionadas aos tratamentos instituídos e ainda, as lesões e disfunções de qualquer natureza e expressão e suas respectivas conseqüências, 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 de conhecimento prévio dos Segurados, e não declaradas na Proposta de Contratação;

- g) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- h) acidentes decorrentes de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- i) 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;
- j) acidente vascular cerebral;
- k) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;

- l) o parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo se provocados por acidente;
- m) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- n) o choque anafilático e suas conseqüências.

4.2. Conforme a definição de Acidente Pessoal, letra b do subitem 2.1, estão expressamente excluídos das coberturas básicas deste Seguro, os eventos ocorridos em conseqüência de:

- 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 conseqüentes 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- 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 subitem 2.1.

4.3. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

4.4. A Seguradora não se eximirá ao pagamento do Capital Segurado, 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.

4.5. Estão também excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.

6. CARÊNCIAS

Carência é o período de tempo que o Segurado fica privado de gozar da(s) cobertura(s) do Seguro. Não há carência para o Seguro de acidentes pessoais, exceto aquela prevista por lei e descrita no subitem 6.1 posterior. Durante o prazo de carência, a Seguradora não responde pela ocorrência do sinistro.

6.1. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não poderá ser estabelecido prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de adesão ao Seguro.

6.2. Não se aplica a devolução ou resgate de prêmios em caso de morte do Segurado durante o prazo de carência, tendo em vista a forma de regime financeiro do presente Seguro, que é regido por repartição simples.

7. CONTRATAÇÃO DO SEGURO



7.1. Somente serão aceitas neste Seguro as pessoas que gozarem de boas condições de saúde, na data da assinatura da Proposta de Contratação.

7.2. A contratação do Seguro dar-se-á com o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação ou do Bilhete, com a Declaração Pessoal de Saúde, quando solicitada, em formulário próprio fornecido pela Seguradora.

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

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

7.4.1. Aceita a Proposta de Contratação, a Seguradora emitirá e encaminhará ao Segurado a Apólice de Seguro.

7.5. O prazo referido no caput será suspenso, se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos quando verificar que as informações contidas na Proposta de Contratação são insuficientes para a emissão da Apólice. A contagem do prazo voltará a correr a partir da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

7.6. A Seguradora reserva-se o direito de exigir do Proponente exame(s) médico(s) para avaliação do risco. A negativa do Proponente em submeter-se ao(s) exame(s) autorizará a Seguradora a recusar a Proposta de Contratação.

7.7. As doenças ou lesões de que o Segurado seja portador, quando não declaradas na Proposta de Contratação, poderão ser identificadas pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

7.8. Em caso de 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, integralmente ou deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

7.9. A restituição será feita por meio de cheque nominativo ou crédito na conta bancária indicada na Proposta de Contratação, desde que a referida conta seja do Proponente.

8. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

O Segurado e a Seguradora são obrigados a guardar na conclusão e na execução do presente Seguro a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ela concernentes.

8.1. 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.

8.2. 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.

8.3. Comunicada pelo Segurado de qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, conforme subitem 8.2 anterior, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do comunicado expresso para, por escrito, dar ciência ao Segurado, conforme for o caso, de sua decisão de cancelar o Seguro.

8.4. O cancelamento mencionado no subitem 8.3. anterior só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora, devendo ser restituída ao Segurado a diferença do prêmio, se houver, relativo ao período em que a cobertura não mais vigorará.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

9.1. O prazo de Vigência deste Seguro é o período anual compreendido entre a data de início de vigência e seu vencimento e será estipulada na Proposta de Contratação e na Apólice com base nestas Condições Gerais.

9.1.1. O início de Vigência do risco individual ocorrerá a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do Prêmio.



9.1.2. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do presente Seguro.

9.1.3. Nos Planos 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, o que constará da Proposta de Contratação.

9.1.4. As propostas que tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, o que constará da Proposta de Contratação.

9.2. Neste plano de Seguro não haverá renovação quando a contratação se der por meio de Bilhete.

9.3. Quando a contratação se der através de Proposta de Contratação haverá renovação, tanto automática quanto expressa.

9.3.1. As Apólices poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, sendo as renovações posteriores realizadas de forma expressa.

9.3.2. A renovação que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para o Segurado ou a redução de seus direitos, poderá ser feita quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada na forma expressa.

9.3.3. A renovação automática a que se refere o subitem 9.3.1 não se aplica ao Segurado ou à Sociedade Seguradora que comunicar o desinteresse na continuidade do plano.

9.3.4. O desinteresse em renovação da Apólice deverá ser comunicado ao Segurado, 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 Segurado.

9.3.5. Este Seguro é por prazo determinado, tendo à Seguradora, a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos.

10. CAPITAL SEGURADO

Entende-se como Capital Segurado o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

10.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente.

10.1.1. Para a Garantia Básica de Morte Acidental, considera-se data de ocorrência do Sinistro a data da morte por Acidente do Segurado.

10.2. A aceitação, pela Seguradora, de estabelecimento de Capital Segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

10.3. É vedada à redução por parte da Seguradora do valor do Capital Segurado contratado sem a devida solicitação expressa do Segurado.

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

10.5. No caso de Invalidez Parcial, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

10.6. O valor do Capital Segurado (limite máximo individual de garantia da Cobertura Contratada) de cada componente, em cada cobertura, representa o valor máximo a ser pago pela Seguradora no caso de realização do evento coberto.

10.7. Nos Seguros de Pessoas, o Capital Segurado é livremente estipulado pelo Segurado Principal, observando-se o critério de capital e o limite acordados entre as partes e estabelecidos na Proposta de Contratação e na Apólice, podendo haver contratação de Seguro, sobre o mesmo interesse, com a mesma Seguradora, ou Seguradores diversos.



10.8. O Capital Segurado, de acordo com o plano de Seguro contratado, será efetuado sob a forma de pagamento único.

10.9. No Seguro de Pessoas para o caso de morte, o capital eventualmente estipulado não está sujeito às dívidas do Segurado, nem se considera herança para todos os efeitos de direito.

10.10. O pagamento do Capital Segurado não pode ultrapassar o valor do interesse Segurado no momento do sinistro, e, em hipótese alguma, o limite máximo individual de garantia, salvo em caso de mora da Seguradora.

11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

11.1. Para contratações feitas por bilhete, o Capital Segurado e o Prêmio não serão atualizados.

11.2. Para as contratações feitas através de Proposta de Contratação, o Capital Segurado e o Prêmio serão atualizados anualmente, na data de aniversário da Apólice, durante a vigência do seguro, pelo IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas acumulado nos 12 meses que antecedem o mês do aniversário da Apólice.

11.2.1. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez, serão atualizados pelo IPC/ FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

11.2.2. No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

11.2.3. Caso o Conselho Monetário Nacional - CMN deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado, o índice que vier a substituí-lo.

11.3. A atualização da Indenização, caso a Seguradora não efetue o pagamento dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

11.3.1. Para a atualização referida no subitem anterior, o índice pactuado no presente Seguro é o IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas. No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

11.3.2. Caso o Conselho Monetário Nacional - CMN deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado, o índice que vier a substituí-lo.

11.4. Para efeito do disposto no subitem 11.3 anterior, consideram-se as seguintes datas de exigibilidade:

I – para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente;

II – para os valores devidos a título de devolução de prêmios, no caso de recusa da proposta pela Seguradora, a data de formalização da recusa.

11.5. A atualização de que trata o subitem 11.3 será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

12. APLICABILIDADE DE JUROS

Os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora para com o Segurado, serão acrescidos somente de juros moratórios, de 1% ao mês para cada mês de atraso e até o mês do efetivo pagamento quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado para esse fim, respeitada a regulamentação específica, particularmente, no que se refere ao limite temporal para a liquidação e a faculdade de suspensão da respectiva contagem.

13. PAGAMENTO DO PRÊMIO

Fica estabelecido que qualquer pagamento do Capital Segurado, por força do presente Seguro, somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Segurado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim no documento de cobrança.

13.1. O tipo de custeio de prêmio deste Seguro classifica-se em contributivo, sendo o prêmio pago integralmente pelo Segurado.

13.2. O prêmio poderá ser pago de forma anual ou mensal, o que constará da Proposta de Contratação e da Apólice.

13.3. A data-limite para pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.



13.4. Se a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

13.5. O plano prevê atualização monetária e juros por atraso no pagamento do prêmio.

13.6. O índice pactuado para atualização dos valores relativos aos prêmios pagos em atraso pelo Segurado é o IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas.

13.6.1 No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

13.6.2 Caso o Conselho Monetário Nacional - CMN deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado, o índice que vier a substituí-lo.

13.7. Fica entendido e acordado que no presente Seguro, os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

13.8. A data limite para pagamento do prêmio será estabelecida na Proposta de Contratação e no respectivo documento de cobrança.

13.8.1. Se o prêmio não for pago até a data limite expressa no respectivo documento de cobrança, o Segurado poderá pagar o prêmio atualizado e corrigido com juros moratórios desde a data limite até a data do efetivo pagamento, conforme definido nos subitens 13.6 e 13.9, e desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 90 (noventa) dias.

13.9. Os valores relativos ao pagamento de prêmios em atraso pelo Segurado serão acrescidos de juros moratórios de 1% ao mês para cada mês de atraso.

13.10. Os valores devidos a título de devolução de prêmios pelas sociedades Seguradoras sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no subitem 13.6 anterior, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

13.10.1. No caso de cancelamento do Seguro, os valores de que trata o subitem anterior serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

13.10.2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores de que trata o subitem 13.10 anterior serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

13.11. A cobrança do prêmio será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora.

13.11.1. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem anterior diretamente ao Segurado ou ao seu representante, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

13.12. Dos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos Segurados deverão constar, explicitamente, o prêmio do Seguro, a Seguradora responsável pelo recebimento dos prêmios, e a informação, em destaque, de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do Seguro.

14. CRITÉRIO DE TAXAÇÃO

A(s) taxa(s) deste Seguro será(ão) calculada(s) de acordo com as normas vigentes para o Seguro.

14.1. A Seguradora adotará uma taxa média final única para todas as coberturas básicas.

14.2. No cálculo das taxas considerar-se-á o limite máximo de garantia individual de cada Segurado.

14.3. Na fixação de taxa média final única, serão considerados, ainda, os carregamentos para cobrir os custos operacionais da Seguradora e as comissões de intermediação.

14.4. O carregamento estabelecido não poderá sofrer aumento durante a vigência do Seguro, ficando sua redução a critério da Seguradora.



14.5. O prêmio de cada Segurado corresponderá à taxa média final vezes o limite máximo individual de garantia fixado nas coberturas contratadas.

15. REAVALIAÇÃO DA TAXA

As taxas serão reavaliadas anualmente e serão alteradas caso venham a se mostrar inadequadas e valerão para as novas contratações.

15.1. O critério de reavaliação tomará por base a seguinte metodologia:

- I. Na data da reavaliação será apurada a sinistralidade média da carteira.
- II. Na data da reavaliação será apurado também a sinistralidade média do mercado conforme publicado no site da SUSEP.
- III. Comparar as sinistralidades médias da carteira e de mercado.
- IV. Calcular o fator resultante da divisão da Sinistralidade Real pela Sinistralidade Esperada.

15.2. Se o fator encontrado for superior a 1 e inferior a 1,5, será analisado o equilíbrio técnico-atuarial da carteira, podendo gerar reavaliação das taxas caso seja verificada insuficiência na taxa praticada e o critério de reajuste será proposto com base na sinistralidade da carteira, nas informações do grupo Segurado atual e nos respectivos Capitais Segurados.

15.3. Se o fator resultante da divisão da Sinistralidade Real pela Sinistralidade Esperada for superior a 1,5, o reajuste será proposto com base no próprio fator obtido.

15.4. O período para apuração da sinistralidade da carteira será dos últimos 24 meses anteriores à data da reavaliação.

15.5. A sinistralidade esperada será definida de acordo com os carregamentos previstos na Proposta de Contratação, o IBNR (Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados), e a Despesa Administrativa, acrescidos de, no mínimo, 10% de margem de segurança e lucro.

15.6. Quaisquer alterações nas taxas puras anuais, adotadas no plano, serão previamente submetidas a SUSEP.

15.7. Qualquer modificação da Apólice em vigor, que implicar em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa do Segurado.

16. PRAZO DE TOLERÂNCIA PARA PRÊMIO MENSAL

Qualquer pagamento do prêmio mensal em atraso dentro do prazo de 90 (noventa) dias do vencimento será efetuado pelo valor do Prêmio vencido, acrescido de juros e atualização monetária, de acordo com o disposto no subitem 13.5 destas Condições Gerais.

16.1. No caso da ocorrência de Sinistro durante o período de 90 (noventa) dias de atraso no pagamento dos Prêmios Mensais, a Indenização será paga, nos termos destas Condições Gerais, descontados os Prêmios em atraso, acrescidos de juros e atualização monetária, na forma prevista no item 13.6 e 13.9.

16.1.1. Transcorridos 90 (noventa) dias do vencimento do Prêmio Mensal devido e não pago, este Seguro será cancelado, conforme disposto no item 17 posterior, sem que seja devida ao Segurado ou a seu Beneficiário a percepção proporcional de qualquer Indenização relativa a Sinistro ocorrido após o cancelamento do Seguro ou devolução de Prêmios já pagos.

17. CANCELAMENTO DO SEGURO

O não pagamento do prêmio por parte do Segurado nos prazos estipulados nas Condições Contratuais poderá acarretar o cancelamento automático do Seguro, se não houver regularização dos prêmios antes de completar 90 (noventa) dias da parcela vencida e não paga.

17.1. Nos demais casos, o cancelamento do Seguro somente se dará quando expirar seu prazo de validade, ou por falta de pagamento, quando expirado o prazo de 90 (noventa) dias.

17.2. Na hipótese do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do Seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do Seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

17.3. As coberturas garantidas por este Seguro cessarão automaticamente:



- a) em caso de solicitação expressa do Segurado, a qualquer tempo, se o pagamento do Prêmio for anual, ou 30 (trinta) dias antes do vencimento da mensalidade do Prêmio, se o pagamento for mensal;
- b) quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio mensal por período superior a 90 (noventa) dias; ou
- c) quando o Segurado for indenizado pela cobertura de Morte Acidental.

17.3.1. Não obstante o disposto na alínea "a" do subitem anterior, a cobertura do Segurado vigorará até o último dia do mês referente ao último prêmio pago, se o prêmio houver sido pago pelo Segurado antes daquelas datas.

17.4. Ocorrendo o cancelamento do Seguro a pedido do Segurado, cujo pagamento do prêmio seja anual, o prêmio será restituído proporcionalmente, considerando-se o período de cobertura a decorrer.

17.5. O pagamento, pelo Segurado, de qualquer valor à Seguradora, após a data do cancelamento, não implica reabilitação do Seguro, nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do ex-Segurado o referido valor.

18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para o recebimento do pagamento do Capital Segurado, o Segurado ou o Beneficiário deverá apresentar à Seguradora, o formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou Beneficiário, de acordo com o item 18.16 destas Condições Gerais.

18.1. Os pagamentos relativos às coberturas garantidas têm o prazo máximo limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos.

18.1.1. No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar, o prazo de que trata o subitem anterior será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

18.1.2. O não pagamento da indenização no prazo previsto nos subitens 18.1 e 18.1.1 anteriores, implicará na aplicação de juros moratórios a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, definida nos subitens 11.1 e 11.2, nos termos da legislação específica.

18.1.3. Os juros moratórios e sua forma de aplicação, citados no subitem 18.1.2 anterior, estão fixados no item 12.

18.1.4. Os juros moratórios contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no presente Seguro são de 1% ao mês.

18.1.5. Os sinistros cujos pagamentos sejam efetuados dentro do próprio mês do evento não sofrerão correção.

18.2. O pagamento da indenização será realizado sob a forma única.

18.3. 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.

18.3.1 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.

18.3.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

18.3.3. 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.

18.4. Faculta-se às sociedades Seguradoras, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos.

18.5. Poderá ser solicitado o comprovante do prêmio quitado para fins de verificação de cobertura, se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento, porém anterior a data do sinistro.

18.6. Os prazos prescricionais referentes a este Seguro são aqueles previstos na legislação.



18.7. O pagamento da indenização não está condicionado a nenhuma restrição temporal. Em qualquer hipótese os prazos previstos em lei serão analisados diante das situações concretas.

18.8. O 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, não sendo estabelecido prazo máximo para comunicação.

18.9. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez.

18.10. A cobertura de invalidez garantida através das cláusulas do presente Seguro deve ser comprovada através de declaração médica, observando-se o disposto nos subitens 18.10.1, 18.10.2 e 18.10.3 posteriores.

18.10.1. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com os conceitos cobertos pelas coberturas reclamadas.

18.10.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

18.10.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de doença ou acidente.

18.11. A tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização.

18.12. É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial.

18.13. A Seguradora verificará somente a regularidade da representação quando o pagamento da indenização devida não for efetuado diretamente ao Beneficiário, sem a exigência de alvará judicial.

18.14. Não serão exigidas certidões de nascimento atualizadas para fins de liquidação de sinistros.

18.15. Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

18.16. Documentação obrigatória em caso de ocorrência de sinistro:

a) Para a Cobertura de Morte Acidental (MA), na ocorrência do sinistro, compete aos Beneficiários, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras, com assinatura do médico assistente, carimbo com o CRM do médico, seu endereço, CNPJ e reconhecimento de firma deste último;
- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- Certidão de Casamento ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);
- RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Boletim de Ocorrência Policial ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada);
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico, desde que o Segurado figure como condutor do veículo. Este documento é dispensável caso conste no Boletim de Ocorrência Policial a identificação do condutor e os dados da CNH;
- Laudo de Exame Cadavérico (cópia autenticada).

b) Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), na ocorrência do sinistro, compete aos Beneficiários, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora, além dos documentos mencionados na alínea "a" deste subitem, os seguintes:

- Relatórios médicos;
- Cópia de exames e radiografias com laudos que comprovam a Invalidez do Segurado.

18.16.1. É facultado à Seguradora exigir o reconhecimento da firma, nos casos que julgar necessário; entretanto, será sempre exigido o reconhecimento de firma do médico que preencher o formulário de Aviso de Sinistro.

18.17. Documentos que qualificam e habilitam o Beneficiário:

a) Quando há designação de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Certidão de Casamento ou Nascimento do Beneficiário (cópia autenticada);
 - RG e CPF dos Beneficiários do Seguro (cópia autenticada) ou de seu representante legal;
 - Comprovante de endereço do(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal (cópia autenticada ou original);
 - Comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda e Declaração Pública de Convivência Marital (original ou cópia autenticada);
 - Termo de Tutela, para o(s) Beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos (original ou cópia autenticada);
 - Termo de Curatela, somente para a garantia de Invalidez e no caso do Segurado encontrar-se totalmente incapaz para responder por seus atos civis (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do curador;
 - Autorização para crédito da Indenização em conta corrente para cada Beneficiário (somente contas em nome do favorecido ou menor representado, com dados completos da conta corrente para crédito, CPF ou CNPJ).
- b) Quando não há designação nominal de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar à Seguradora os seguintes documentos:
- Certidão de Casamento ou Nascimento do Beneficiário (cópia autenticada);
 - RG e CPF dos beneficiários do Seguro (cópia autenticada) ou de seu representante legal;
 - Comprovante de endereço do(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal (cópia autenticada ou original);
 - Escritura Pública de declaração de únicos herdeiros legais ou Certidão de Rol de Herdeiros Legais extraída dos autos do processo de inventário do Segurado, quando não houver designação de Beneficiários;
 - Comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda e Declaração Pública de Convivência Marital (original ou cópia autenticada);
 - Termo de Tutela, para o(s) Beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos (original ou cópia autenticada);
 - Termo de Curatela, somente para a garantia de Invalidez e no caso do Segurado encontrar-se totalmente incapaz para responder por seus atos civis (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do curador;
 - Autorização para crédito da indenização em conta corrente para cada Beneficiário (somente contas em nome do favorecido ou menor representado, com dados completos da conta corrente para crédito, CPF ou CNPJ).

19. PERDA DE DIREITO

O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

19.1. 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.

19.1.1. 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, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível 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, retendo, 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.

19.2. O Segurado perderá o direito ao pagamento do Capital Segurado em caso de inobservância das obrigações convencionadas nas condições deste Seguro.

20. BENEFICIÁRIOS

São as pessoas físicas designadas para receber o valor do Capital Segurado na ocorrência do sinistro. Cada Segurado deverá indicar, na Proposta de Contratação ou em formulário apropriado, seu(s) Beneficiário(s), isto é, a pessoa ou pessoas a quem deverá ser pago o Capital Segurado em caso de sua morte.



20.1. Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o Seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação do Beneficiário, é lícita a substituição do Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

20.1.1. Se a Seguradora não for cientificada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

20.2. Na falta de indicação da pessoa ou Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida à ordem da vocação hereditária.

20.2.1. Na falta das pessoas indicadas no subitem 20.2 anterior, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

20.3. É válida a instituição do companheiro como Beneficiário, se ao tempo da contratação deste Seguro, o Segurado era separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

20.4. Não se pode instituir Beneficiário a pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado.

20.5. Inexistindo a indicação de Beneficiários por parte do Segurado Principal, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o pagamento do Capital Segurado será efetuado conforme Legislação em vigor, apresentada abaixo:

20.5.1 Segurado(a) casado, que não possua descendentes ou ascendentes: 100% ao cônjuge

20.5.2 Segurado(a) casado, que possua descendentes da união atual e/ou de uniões anteriores: 50% ao cônjuge, independentemente do regime de casamento, e os outros 50% serão pagos conforme artigo 1.845, 1.829 e inciso I em concordância com 1.832 do Código Civil, ou seja:

- I. Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime da comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares.
- II. Na hipótese do cônjuge estar em concorrência com os descendentes caberá ao cônjuge quinhão igual aos dos que sucederem por cabeça, não podendo a sua quota ser inferior à quarta parte da herança, se for ascendente dos herdeiros com quem concorrer.

20.5.3 Segurado(a) casado, que não possua descendentes e possua ascendentes: 50% ao cônjuge, independentemente do regime de casamento, e os outros 50% serão pagos conforme artigo 1.829 e inciso II em concordância com 1.836 e 1.837 do Código Civil, ou seja:

- I. Aos ascendentes em concorrência com o cônjuge.
- II. Concorrendo com ascendente em primeiro grau, ao cônjuge competirá 1/3 (um terço) do Capital Segurado, todavia, caber-lhe-á a metade deste se houver um só ascendente, ou se maior for àquele grau (avós).

20.5.4 Segurado solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), com companheiro(a) legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e que não possua descendentes ou ascendentes: 100% ao companheiro(a).

20.5.5 Segurado solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), com companheiro(a) legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes, que possua descendentes da união atual e/ou de uniões anteriores: 50% ao companheiro(a) e os outros 50% serão pagos conforme artigo 1.829 e inciso I em concordância com 1.832 do Código Civil, ou seja:

- I. Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime da comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares.
- II. Na hipótese do cônjuge estar em concorrência com os descendentes caberá ao cônjuge quinhão igual aos dos que sucederem por cabeça, não podendo a sua quota ser inferior à quarta parte da herança, se for ascendentes dos herdeiros com quem concorrer.

20.5.6 Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e com descendentes: 100% aos descendentes, divididos em partes iguais.

20.5.7 Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes, sem descendentes e com ascendentes: 100% aos ascendentes, divididos em partes iguais.

20.5.8 Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e sem descendentes ou ascendentes: 100% aos sucessores colaterais.



20.5.9 Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e sem descendentes, ascendentes ou sucessores colaterais: 100% àqueles que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

20.6 Somente é reconhecido o direito sucessório, e conseqüentemente a qualidade de Beneficiário do cônjuge sobrevivente, se esta lhe couber, se ao tempo da morte do Segurado Principal não estavam separados judicialmente, nem separados de fato há mais de 2 (dois) anos, salvo prova, neste caso, de que esta convivência se tornara impossível sem culpa do cônjuge sobrevivente.

21. REGIME FINANCEIRO

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 ou ao Beneficiário, 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.

21.1. O prêmio a ser restituído nas hipóteses do item anterior serão atualizados de IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que venha a substituí-lo.

21.1.1. No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

22. SUB-ROGAÇÃO

Nos Seguros de Pessoas a Seguradora não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário, contra o causador do sinistro.

23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Corretor de Seguro, deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais e Especiais e a Nota Técnica Atuarial submetidas a SUSEP.

24. RATIFICAÇÃO

Ratificando o disposto no item 3 destas Condições Gerais, considerar-se-ão cobertos os riscos devidamente relacionados, em item específico, nas Condições Especiais e na Proposta de Contratação.

25. FORO

Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do presente Seguro, o foro eleito para dirimir quaisquer dúvidas resultantes será o do domicílio do Segurado ou Beneficiário, conforme o caso.

25.1. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição do foro diverso daquele previsto no item 25 anterior.

26. INFORMAÇÕES GERAIS:

26.1. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.

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

26.3. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DO SEGURO

Esta condição especial tem por objetivo garantir, ao(s) Beneficiário(s) do Segurado, o pagamento do Capital Segurado de até 100% do limite máximo individual de garantia para esta cobertura, caso o Segurado venha a falecer em consequência de acidente coberto.

2. DEFINIÇÃO

Conforme subitem 2.1 das Condições Gerais, 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 à 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 item 3 posterior.

3. RISCOS COBERTOS

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

- a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor e a carência prevista no item 5 posterior;
- 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 seqüestros e tentativas de seqüestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- 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;
- k) queda n'água ou afogamento.

4. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.

5. CARÊNCIA

Para todas as Cláusulas de Coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no Seguro.

6. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Morte Acidental não se acumulam. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial 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.

7. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Segurado 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.

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

7.1.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário de Aviso de Sinistro e documentos correlatos, de acordo com o item 18.16 destas Condições Gerais, com informações completas sobre o acidente.

8. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

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.



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

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

8.3. 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.

9. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

Esta condição especial tem por objetivo garantir ao Segurado, o pagamento de até 200% do limite máximo individual da garantia básica de Morte Acidental, caso o Segurado venha a ficar parcial ou totalmente inválido, em caráter permanente, em consequência de acidente coberto.

1.1. O percentual de cobertura escolhido para esta garantia é de livre escolha do Segurado e será definido na Proposta de Contratação do presente Seguro.

2. DEFINIÇÕES

Conforme subitem 2.1 das Condições Gerais, 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 à 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 item 3 posterior.

2.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial 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, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) 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 seqüestros e tentativas de seqüestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- 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;
- k) queda n'água ou afogamento.

4. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.

5. CARÊNCIA

Para todas as Cláusulas de Coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no Seguro.

6. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA

No caso da ocorrência do evento coberto, 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 Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir.

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE - DISCRIMINAÇÃO	% sobre IS
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

INVALIDEZ PERMANENTE - DISCRIMINAÇÃO	% sobre IS
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 e incurável	100

PARCIAL DIVERSAS – DISCRIMINAÇÃO	% sobre IS
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES - DISCRIMINAÇÃO	% sobre IS
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	

PARCIAL MEMBROS INFERIORES - DISCRIMINAÇÃO	% sobre IS
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 tibioperoneiros	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

PARCIAL MEMBROS INFERIORES - DISCRIMINAÇÃO	% sobre IS
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	

6.1. 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.

6.1.1. 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.

6.2. 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.

6.3. 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).

6.4. 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.

6.5. 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.

7. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Morte Acidental não se acumulam. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial 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.

8. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado 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.

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

8.1.1. A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário e documentos correlatos, de acordo com o item 18.16 destas Condições Gerais, com informações completas sobre o acidente.

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

9. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

O Segurado ou Beneficiário, para recebimento do pagamento 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.



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

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

9.3. 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.

9.4. 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.

10. JUNTA MÉDICA

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.

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

10.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

10.3. 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.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

No caso de Invalidez Parcial o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

11.1. 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.

12. RATIFICAÇÃO

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