

UNIÃO SEGURADORA S/A
VIDA E PREVIDÊNCIA

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE ACIDENTES
PESSOAIS

Porto Alegre, julho de 2013.

SUMÁRIO

1	Objetivo do Seguro	3
2	Definições	3
3	Garantias do Seguro	9
4	Riscos Excluídos	12
5	Âmbito Geográfico da Cobertura	15
6	Modalidades de Capital Segurado	15
7	Carência	15
8	Franquia	16
9	Inclusão no Seguro e Aceitação do Seguro	16
10	Cobertura Suplementar para Segurados Dependentes	17
11	Menores de 14 Anos	18
12	Agravamento do Risco	18
13	Vigência e Renovação do Seguro	19
14	Pagamento do Prêmio	20
15	Atualização do(s) Capital(is) Segurado(s) e Prêmio(s)	21
16	Recálculo de Taxa	22
17	Suspensão do Segurado e das Coberturas	22
18	Reabilitação das Coberturas	23
19	Beneficiários	23
20	Perda do Direito à Indenização	24
21	Cancelamento do Seguro	25
22	Cessaçãõ da Cobertura Individual	26
23	Data do Evento	27
24	Documentos Básicos para Regulação de Sinistros	27
25	Comunicação e Liquidação de Sinistros	29
26	Excedente Técnico	32
27	Obrigações do Estipulante/Subestipulante	33
28	Regime Financeiro	34
29	Alterações Contratuais	34
30	Material de Divulgação	34
31	Aplicabilidade das Condições Gerais	34
32	Mora	34
33	Foro	35
34	Disposições Finais	35

1 OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1 Este Seguro tem por objetivo garantir, dentro dos limites e sob as Condições Gerais, a seguir enumeradas, Especiais e/ou o Contrato, expressamente convencionadas, o pagamento de uma indenização ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, desde que respeitadas as Condições Contratuais e **não decorrentes de riscos excluídos**.

2 DEFINIÇÕES

- 2.1 **Aceitação:** é o ato de aprovação, após análise do risco proposto, pela Seguradora, da Proposta de Contratação, efetuada pelo Estipulante, ou da Proposta de Adesão, efetuada pelo Proponente Individual, para a cobertura de determinado(s) risco(s) e que servirá de base para a emissão da Apólice e/ou do Certificado Individual.

- 2.2 **Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, observando-se que:

2.2.1 **Incluem-se nesse conceito:**

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, ao acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes da 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
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.2.2 **Excluem-se desse conceito:**

- a) as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as 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; 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.
- 2.3 **Aditivo:** são as alterações efetuadas na Proposta de Contratação que, após assinatura do Estipulante/Subestipulante e o Corretor, será efetuado o endosso na Apólice.
- 2.4 **Agravação de Risco:** circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora, independente ou não da vontade do Segurado.
- 2.5 **Âmbito Geográfico de Cobertura:** é a delimitação física da(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.
- 2.6 **Apólice:** é o documento que formaliza a aceitação, pela Seguradora, da cobertura proposta pelo Proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos. É o instrumento do contrato de seguro pelo qual o Segurado repassa à Seguradora a responsabilidade sobre os riscos, estabelecidos na mesma, que possam advir.
- 2.7 **Aviso de Sinistro:** é a comunicação da ocorrência de um evento (sinistro) que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento. Pode-se dizer que é a comunicação oficial à Seguradora da ocorrência do Sinistro, sua natureza e gravidade.
- 2.8 **Beneficiário:** é a pessoa designada pelo Segurado para receber a indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado. O Segurado poderá designar, caso não exista impedimento legal, mais de um Beneficiário.
- 2.9 **Boletim de Ocorrência (BO):** documento emitido pela Polícia que relata as circunstâncias de acidentes ocorridos, ou registra o roubo/furto de bens do Segurado.
- 2.10 **Cancelamento:** título de cláusula constante das Condições Gerais dos seguros, que regula a rescisão do contrato, quer pelo Segurado, quer pela Seguradora.
- 2.11 **Capital Segurado:** é a importância máxima paga pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) em função do valor estabelecido para cada garantia contratada, vigente na data do evento.
- 2.12 **Carência:** é o período contínuo de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, **durante o qual o Segurado não terá direito à integralidade da(s)**

garantia(s) contratual(is), sendo inexistente em caso de acidente pessoal. Ver item 7.

- 2.13 **Certificado Individual:** é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação ou renovação do Seguro, informa o prazo de vigência da cobertura individual, o valor do Capital Segurado e o prêmio total do Seguro.
- 2.14 **Condições Contratuais:** é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice e do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.
- 2.15 **Condições Especiais:** é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de coberturas que podem ser contratadas dentro de um mesmo Plano de Seguro.
- 2.16 **Condições Gerais:** são as cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo os direitos e deveres do Segurado, da Seguradora, dos beneficiários e do Estipulante.
- 2.17 **Consignante:** é a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento, em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios a serem pagos pelos Segurados.
- 2.18 **Contrato:** é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do Plano Coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados, e dos Beneficiários.
- 2.19 **Corretor:** é o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na SUSEP para intermediar e promover Contratos de Seguro, conforme definido no Decreto-Lei nº 73/1966 e na Lei nº 4.594/1964.
- 2.20 **Culpa Grave:** termo utilizado para expressar forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada por negligência ou imprudência grosseira, sendo que, apesar de a ação resultar em consequências sérias ou mesmo trágica, não houve, por parte do agente, a intenção clara de obter o resultado, embora tivesse assumido a possibilidade da sua realização.
- 2.21 **Declaração Pessoal de Saúde e Atividades:** é o questionário integrante da Proposta de Adesão, **que deverá ser respondido de próprio punho pelo Proponente**, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado, bem como sua principal ocupação e/ou atividade e profissão.
- 2.22 **Doença:** é o evento decorrente da perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, **não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.**
- 2.23 **Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes e suas Consequências:** são as

doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas conseqüências, em relação à qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação, e que não tenha sido declarada na Proposta de Adesão. A preexistência de doenças ou lesões poderá ser constatada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

- 2.24 **Dolo:** intenção de praticar um mal que é considerado crime, seja por ação ou por omissão, ou ainda, vício de consentimento caracterizado na intenção de prejudicar ou fraudar outrem.
- 2.25 **Endosso:** é o documento expedido pelo Segurador, durante a vigência do contrato/apólice, pelo qual este e o segurado acordam quando a alteração de dados, modificam condições ou objetos da apólice ou o transferem a outrem.
- 2.26 **Estipulante:** é a pessoa natural ou jurídica que administra a Apólice e representa os Segurados perante a Seguradora, tendo suas obrigações definidas nas Condições Gerais do Seguro.
- 2.27 **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.
- 2.28 **Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice Coletiva, em determinado período.
- 2.29 **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de sinistro à Seguradora.
- 2.30 **Franquia:** é a parte do risco, determinada em valor, dias ou percentagem, que fica a cargo do Segurado, e cujo montante será fixado no Contrato.
- 2.31 **Garantias:** são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto contratado.
- 2.32 **Grupo Segurado:** é constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido aceitos como Segurados, desde que já tenha iniciado a vigência da cobertura individual.
- 2.33 **Grupo Segurável:** é o conjunto de pessoas que mantém vínculo com o Estipulante.
- 2.34 **Incapacidade:** é a perda total, temporária ou permanente da capacidade para exercer a atividade principal declarada na Proposta de Adesão, decorrente de doença ou acidente pessoal cobertos.

- 2.35 **Indenização:** é o valor devido pela Seguradora, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), correspondente ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado, deduzido os valores referentes à carência e/ou franquia, quando houver.
- 2.36 **Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- 2.37 **Invalidez Permanente:** é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão.
- 2.38 **Liquidação do Sinistro:** é o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.
- 2.39 **Má-fé:** consciência da ilicitude na prática de um ato com finalidade de lesar direito de terceiro.
- 2.40 **Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- 2.41 **Nota Técnica Atuarial:** é o documento, previamente protocolizado na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do Seguro.
- 2.42 **Parâmetros Técnicos:** 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.
- 2.43 **Prazo de Carência:** é o período, contado a partir da data do início de vigência do Seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência de sinistro, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao recebimento dos Capitais Segurados contratados.
- 2.44 **Prêmio de Seguro:** é o valor que o Segurado Principal e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) garantia(s) contratada(s).
- 2.45 **Proponente:** é a pessoa que propõe sua adesão ao Seguro e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.
- 2.46 **Proposta de Adesão:** é o instrumento mediante o qual o Proponente expressa a intenção de participar do Seguro, especificando seus dados cadastrais, respondendo à Declaração Pessoal de Saúde e Atividades e manifestando pleno conhecimento e concordância com as regras estabelecidas nas respectivas Condições Contratuais.

- 2.47 **Proposta de Contratação:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.
- 2.48 **Reabilitação do Seguro:** é o restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão.
- 2.49 **Regime Financeiro de Repartição Simples:** é aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações neste mesmo período.
- 2.50 **Regulação de Sinistro:** é o exame, na ocorrência de um sinistro, das causas e circunstâncias para caracterização do risco ocorrido e, em face dessas verificações, se concluir sobre a sua cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 2.51 **Reintegração do Capital Segurado:** é a recomposição do Capital Segurado após a liquidação do sinistro.
- 2.52 **Renda:** forma de indenização efetuada pela Seguradora e caracterizada como sendo uma série de pagamentos periódicos a que tem direito o(s) assistido(s).
- 2.53 **Risco:** é o evento incerto ou de data incerta que independente da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o seguro. O risco é a expectativa de sinistro. Sem risco não pode haver contrato de seguro. É comum a palavra ser usada, também, para significar a coisa ou pessoa sujeita ao risco. O risco pode também ser definido como a incerteza com relação à perda, ou o risco é o objeto do seguro, configurando a probabilidade de um evento futuro atingir um bem que representa um interesse econômico para o Segurado.
- 2.54 **Riscos Excluídos:** são eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.
- 2.55 **Segurado:** é o Proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.
- 2.56 **Segurado Dependente:** o cônjuge, os filhos, os pais, os irmãos e os demais dependentes considerados como tais pela legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, desde que não sejam seguráveis como Segurados Principais, quando incluídos no Seguro.
- 2.57 **Segurado Principal:** é a pessoa física habilitada a ser incluída na Apólice de Seguro e que mantenha vínculo com o Estipulante/Subestipulante.
- 2.58 **Seguradora:** empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no Contrato de Seguro.

- 2.59 **Seguro:** Contrato pelo qual o segurador se obriga, mediante pagamento do prêmio, a garantir o interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados.
- 2.60 **Sinistralidade:** número de vezes que os sinistros ocorrem e seus valores. Mede a expectativa de perda, que é imprescindível para estabelecer o prêmio estatístico ou o custo puro de proteção.
- 2.61 **Sinistro:** ocorrência de acontecimento previsto no contrato de seguro e que, legalmente, obriga a Seguradora a indenizar.
- 2.62 **Taxa:** elemento necessário à fixação das tarifas de prêmios, cálculos 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.
- 2.63 **Vigência do Seguro:** é o período de tempo fixado para validade do seguro (ou cobertura). É o prazo que determina o início e o fim da duração das coberturas ou garantias contratadas.
- 2.64 **Vigência da Cobertura Individual:** é o período em que o Segurado está coberto pela(s) garantia(s) deste Seguro.

3 GARANTIAS DO SEGURO

- 3.1 As garantias do Seguro se dividem em Básicas e Adicionais, sendo que o Seguro não pode ser contratado sem pelo menos uma das garantias básicas. Além destas garantias, temos também extensão destas para os Segurados Dependentes, conforme previsto nas Cláusulas Suplementares.
- 3.2 **Garantia Básica:** É a garantia que é obrigatória na contratação do Seguro.
- 3.2.1 **Morte Acidental (MA):** Garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma indenização referente ao valor do Capital Segurado Contratado, em caso de morte do Segurado ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do Seguro.
- 3.2.2 **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio Segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste Seguro.
- a) Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de Invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado

uma indenização, **conforme Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente, anexa às presentes Condições Gerais.**

- b) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a **indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).**
- c) Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado.
- d) Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, **cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).** Da mesma forma, **havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a da indenização prevista para sua perda total.**
- e) **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.**
- f) **A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica, sendo facultada à Seguradora a solicitação de junta médica.**
 - f.1) **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta garantia.**
- g) **A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).**
- h) **A Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam.** Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

3.3 **Garantias Adicionais:** As Garantias Adicionais somente poderão ser contratadas se houver a contratação de pelo menos uma das garantias básicas.

3.3.1 **Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio Segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva total de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste

Seguro. Para fins de indenização, serão considerados como casos indenizáveis os dispostos a seguir:

- a) Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, **serão indenizados exclusivamente os casos de invalidez permanente que seguem:**
 - a.1) **Perda total da visão de ambos os olhos;**
 - a.2) **Perda total do uso de ambos os membros superiores;**
 - a.3) **Perda total do uso de ambos os membros inferiores;**
 - a.4) **Perda total do uso de ambas as mãos;**
 - a.5) **Perda total do uso de um braço e uma perna;**
 - a.6) **Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;**
 - a.7) **Perda total do uso de ambos os pés; e**
 - a.8) **Alienação mental total e incurável.**
- b) **Em caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, não caberá pagamento de indenização. Quando se tratar de lesões múltiplas, serão indenizados os casos em que o somatório dos graus de invalidez, determinados conforme Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente, seja igual ou superior a 100% (cem por cento).**
- c) **O limite para a garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) será sempre igual ao Capital Segurado contratado.**
- d) **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.**
- e) **A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica, sendo facultada à Seguradora a solicitação de junta médica.**
- f) **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta garantia.**
- g) **A Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não se acumulam.** Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

- 3.3.2 **Diárias por Incapacidade por Acidente Pessoal (DIA):** Garante ao Segurado Principal o pagamento de diárias, no caso de sua incapacidade temporária, causada por **acidente pessoal coberto** e caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período

em que se encontrar sob tratamento médico, observado o limite contratual máximo de 360(trezentas e sessenta) diárias por evento e o período de franquia, se houver.

- a) A franquia para a Garantia Adicional de Diárias por Incapacidade por Acidente Pessoal (DIA) será de, no máximo, quinze dias, contados da data da caracterização da incapacidade, conforme mencionado no Contrato.
- b) A Garantia Adicional de Diárias por Incapacidade por Acidente Pessoal (DIA) não é extensiva aos Segurados Dependentes.

3.3.3 Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO): Garante ao Segurado o reembolso, até o valor do Capital Segurado contratado, de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente. A Seguradora indenizará as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares, incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado.

- a) **Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:**
 - a.1) **Estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
 - a.2) **Aparelhos que se referem a órteses (aparelho ou equipamento que venha a sustentar ou corrigir alguma parte do corpo humano) de qualquer natureza e a próteses (substituição de um órgão ou parte dele por uma peça artificial) de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.**
- b) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços Médicos, Hospitalares e Odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- c) A comprovação das Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.
- d) **Esta Garantia aplica-se somente para eventos ocorridos no território nacional.**

4 RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

4.1.1 de doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão;

4.1.2 de ato doloso ilícito do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro;

- 4.1.3 **de ato doloso ilícito praticado por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários ou seus representantes, para os Seguros contratados por Pessoa Jurídica;**
- 4.1.4 **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;**
- 4.1.5 **de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;**
- 4.1.6 **de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;**
- 4.1.7 **de atos terroristas;**
- 4.1.8 **epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;**
- 4.1.9 **do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência individual, ou da sua recondução depois de suspenso; e**
- 4.1.10 **de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.**
- 4.1.11 **de qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, 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;**
- 4.1.12 **de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- 4.1.13 **de perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.**
- 4.2 **Além dos riscos mencionados nos subitens 4.1, estão também expressamente excluídos da garantia de Diárias por Incapacidade por Acidente Pessoal (DIA) os eventos ocorridos em consequência:**

- 4.2.1 de doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado;
- 4.2.2 de estresse, incluído "burnout", e depressão;
- 4.2.3 de doenças crônico-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;
- 4.2.4 de tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;
- 4.2.5 de cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;
- 4.2.6 de cirurgias plásticas não reparadoras e nem decorrentes de acidentes sofridos durante a vigência do Seguro;
- 4.2.7 de fibromialgias;
- 4.2.8 de doença Miofascial;
- 4.2.9 de tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;
- 4.2.10 de tratamento clínico ou cirúrgico de *hallus valgus* (joanete);
- 4.2.11 de todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;
- 4.2.12 de períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorroidas;
- 4.2.13 de períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
- 4.2.14 de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- 4.2.15 de tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;
- 4.2.16 de tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;

4.2.17 **de tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abração química cirúrgica e suas consequências; e**

4.2.18 **de complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos.**

4.3 **Os riscos excluídos previstos nos itens 4.1.5 e 4.1.10 não se aplicam aos casos em que o acidente pessoal sofrido pelo Segurado 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 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1 As garantias com cobertura para morte acidental e invalidez permanente previstas no Seguro aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5.2 **As garantias de Diárias por Incapacidade por Acidente Pessoal (DIA) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) aplicam-se para eventos cobertos ocorridos somente em território nacional.**

6 MODALIDADES DE CAPITAL SEGURADO

6.1 Na contratação do Seguro, deverá ser escolhida uma das modalidades de Capital Segurado, apresentadas abaixo:

6.1.1 **Uniforme:** O Capital Segurado é igual para todos os Segurados.

6.1.2 **Múltiplo Salarial:** O Capital Segurado é resultante da multiplicação do salário mensal do Segurado pelo fator contratado.

6.1.3 **Livre Escolha ou Variado:** Consiste na escolha do Capital Segurado pelo Estipulante ou pelo próprio Segurado, no ato da assinatura da Proposta de Adesão e/ou Contratação.

7 CARÊNCIA

7.1 O período de carência, quando previsto no Contrato, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou de sua recondução depois de suspenso.

7.2 Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio, ou sua tentativa, que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses.

7.3 O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido nestas Condições Gerais.

- 7.4 Aumentos de Capital Segurado e subscrições posteriores serão distintas e independentes umas das outras, podendo ser estipulado pela Seguradora, prazos de carência próprios.
- 7.5 O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não poderá exceder metade do prazo de vigência.

8 FRANQUIA

- 8.1 Podem ser aplicadas franquias às garantias DIA e DMHO.
- 8.1.1 Para a Garantia Adicional de Diária por Incapacidade por Acidente Pessoal (DIA), o valor da franquia (estabelecida em dias) estará definido no Contrato, respeitando ainda, uma franquia máxima de 15 dias para o recebimento da primeira diária.
- 8.1.2 Para a Garantia Adicional de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), o valor da franquia estará definido no Contrato, respeitando ainda, que o valor da franquia máxima não será superior ao valor do Capital Segurado da Cobertura, podendo ser considerada uma proporcionalidade da franquia em relação ao Capital Segurado Contratado.

9 INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 9.1 A inclusão de possíveis Segurados principais é feita por adesão ao Seguro, conforme especificado no Contrato:
- 9.1.1 Adesão **compulsória**, quando o Seguro vier a abranger todo o grupo segurável; ou
- 9.1.2 Adesão **facultativa**, quando o Seguro vier a abranger somente os componentes do grupo segurável que desejarem ingressar na Apólice.
- 9.2 A adesão à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.
- 9.2.1 A celebração ou alteração do Contrato somente poderá ser feita mediante Proposta assinada pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de Seguros.
- 9.3 A Declaração Pessoal de Saúde e Atividades é parte integrante da Proposta de Adesão, devendo ser preenchida e assinada pelo Proponente.
- 9.4 A critério da Seguradora, poderão ser aceitos, após análise da Proposta de Adesão, os componentes do grupo segurável que satisfizerem o estabelecido no Contrato assinado com o Estipulante.

- 9.5 Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Adesão por escrito ao Proponente, o Seguro considera-se aceito.
- 9.5.1 Não serão recepcionadas Propostas de Adesão com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.
- 9.5.2 Caberá à Seguradora fornecer ao Proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 9.6 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise da Proposta de Adesão.
- 9.7 O Segurado se obriga a declarar, na Proposta de Adesão, ou quando da solicitação de aumento no valor do Capital Segurado, a existência de quaisquer outros Seguros de Vida ou de Acidentes Pessoais.
- 9.8 A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar, uma única vez, que o Proponente apresente laudos médicos e/ou exames médico/laboratoriais e/ou se submeta à realização de exames médico/laboratoriais por profissionais por ela indicados. Nestes casos, o prazo previsto no item 9.5 destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 9.9 A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada ao Proponente por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, conseqüentemente, cancelamento da Proposta de Adesão.
- 9.10 Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de Proposta de Adesão.
- 9.11 A cada Segurado incluído no Seguro será enviado um Certificado Individual.

10 COBERTURA SUPLEMENTAR PARA SEGURADOS DEPENDENTES

- 10.1 Quando previsto no Contrato, poderão ser incluídos no Seguro, como Segurados dependentes, os cônjuges e/ou filhos do Segurado Principal.
- 10.2 Conforme especificado no Contrato, a inclusão de cônjuge e/ou filhos no Seguro poderá ser feita das seguintes formas:
- 10.2.1 Adesão **Automática**, quando abranger os cônjuges e/ou filhos de todos os Segurados principais; ou
- 10.2.2 Adesão **Facultativa**, quando abranger os cônjuges e/ou filhos dos Segurados principais que assim o autorizarem.

- 10.3 **Equiparam-se a(ao) cônjuge:** a(o) companheira(o) do(a) componente solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente ou que já se encontrava separado(a) de fato, desde que haja concordância com a anotação feita na Carteira Profissional do Segurado Principal, no Registro de Empregador ou com a declaração do Imposto de Renda, em conformidade ao disposto nas Leis Brasileiras sobre a matéria.
- 10.3.1 Para a inclusão dos cônjuges dos Segurados Principais no Seguro, quando realizada de forma facultativa, a Proposta de Adesão poderá ser preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.
- 10.4 **Equiparam-se aos filhos:** os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.
- 10.5 Quando ambos os cônjuges forem Segurados principais do mesmo grupo Segurado, os filhos poderão ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal.
- 10.6 O Capital Segurado do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato.
- 10.7 O Capital Segurado dos filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato.
- 10.7.1 Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, conforme item 11.
- 10.8 Os prêmios relativos aos Segurados dependentes serão pagos pelo Segurado Principal junto com os prêmios de suas próprias garantias.
- 10.9 As condições para cessação da cobertura individual dos Segurados dependentes estão definidas no item 22.4 destas.

11 MENORES DE 14 ANOS

- 11.1 Conforme Art. 8º da Circular SUSEP 302/05, as garantias que preveem o pagamento do Capital Segurado em caso de morte do Segurado menor de 14 (quatorze) anos de idade destinam-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que: incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

12 AGRAVAMENTO DO RISCO

- 12.1 **O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todas as alterações que agravem o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.**
- 12.2 A mudança de profissão e/ou a mudança de residência para outro país, conforme o caso, a prática de esportes considerados de alto risco (artes marciais, asa delta, automobilismo, balonismo, boxe, esqui aquático e na neve, lutas livres, motociclismo, paraquedismo e voo livre, entre outros) e o uso habitual de substâncias alcoólicas ou entorpecentes de qualquer tipo, assim como o hábito de fumar, são exemplos de agravamento no risco.
- 12.3 A Seguradora, em até quinze dias do recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao Segurado, 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.
- 12.4 **A falta de comunicação dessas alterações implicará na perda do direito à indenização, se provar que silenciou de má-fé, conforme previsto no Art. 769 do Código Civil Brasileiro, abaixo transcrito:**
- "Art. 769. O Segurado é obrigado a comunicar ao Segurador, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se provar que silenciou de má-fé.*
- § 1º O Segurador, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco sem culpa do Segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de resolver o contrato.*
- § 2º A resolução só será eficaz trinta dias após a notificação, devendo ser restituída pelo Segurador a diferença do prêmio."*
- 12.5 O seguro não será cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

13 VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 13.1 A vigência da Apólice, bem como a vigência das coberturas individuais, serão especificadas no Contrato.
- 13.1.1 O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão ou de outra data acordada entre a Seguradora e o Estipulante, sendo esta ratificada no Contrato e no Certificado Individual.
- 13.1.2 As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

- 13.1.3 A vigência da Apólice será de 12 (doze) meses, salvo disposição contrária constante do Contrato.
- 13.1.4 **O presente Seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos do Contrato.**
- 13.2 A renovação da Apólice, que não implicar em ônus ou dever para os Segurados, poderá ser realizada por intermédio do Estipulante.
- 13.2.1 A renovação automática do Seguro poderá ser feita uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.
- 13.2.2 A renovação automática do Seguro não será realizada caso o estipulante comunique o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final da vigência da apólice.
- 13.3 Na renovação do Seguro, qualquer alteração da Apólice que implique em ônus, dever ou redução de direitos aos Segurados, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.
- 13.4 O desinteresse pela renovação da Apólice, ao fim do período de vigência, deverá ser comunicado pela Seguradora ou pelo Estipulante à contraparte, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência.
- 13.5 Será enviado novo Certificado Individual aos Segurados em cada uma das renovações do Seguro.

14 PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 14.1 O custeio do Seguro poderá ser:
- 14.1.1 **Contributário**, em que os Segurados pagam o prêmio total.
- 14.1.2 **Parcialmente Contributário**, em que os Segurados pagam um percentual dos prêmios e o Estipulante/Subestipulante paga um percentual dos prêmios.
- a) A soma dos percentuais pagas pelos Segurados e pelo Estipulante/Subestipulante sempre deverá ser igual a 100% (cem por cento).
- 14.1.3 **Não Contributário**, em que os Segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago pelo Estipulante/Subestipulante.
- 14.2 **Periodicidade do Pagamento:** Os prêmios de Seguro poderão ser pagos pelo Segurado e/ou Estipulante/Subestipulante de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, e sempre antecipadamente ao período de cobertura.

- 14.3 Sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante/Subestipulante o recolhimento dos prêmios mensais, **ficando este responsável por seu repasse à Seguradora**, conforme as cláusulas estabelecidas no Contrato. O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não prejudicará o Segurado.
- 14.4 É expressamente vedado ao Estipulante e à Seguradora o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do Seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.
- 14.5 Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do Segurado por escrito.
- 14.6 Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser realizado até a data de vencimento prevista no documento de cobrança.
- 14.7 Quando a data limite para pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado, no primeiro dia útil subsequente.
- 14.8 Servirá de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.
- 14.9 Os tributos serão pagos por quem a Lei determinar.

15 ATUALIZAÇÃO DO(S) CAPITAL(IS) SEGURADO(S) E PRÊMIO(S)

- 15.1 O(s) Capital(is) Segurado(s) e o(s) prêmio(s) será(ão) atualizado(s) a cada aniversário do Seguro com base na variação acumulada do Índice Geral de Preços de Mercado – Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.
- 15.1.1 Nas apólices de Seguro onde os Capitais Segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão recalculados conforme a variação dos salários, no momento em que o Estipulante comunicar à Seguradora.
- 15.2 Na eventualidade de ser extinto o IGP-M/FGV, a atualização dos valores será determinada com base na variação acumulada Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) no

período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

- 15.3 Caso o Segurado deseje aumentar espontaneamente o(s) seu(s) Capital(is) Segurado(s), a parcela do aumento estará sujeita a subscrição de uma nova Proposta de Adesão. Para tanto, a parcela do referido aumento será considerada como um Seguro Novo, cuja aprovação dependerá de prévia apreciação por parte da Seguradora.

16 RECÁLCULO DE TAXA

- 16.1 A Seguradora efetuará avaliações anuais, na data estabelecida no Contrato de Seguro, da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da Apólice e nos prêmios efetivamente recebidos.
- 16.2 Havendo necessidade de ajustes, a taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da Apólice, desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da mesma. A alteração na taxa será realizada por endosso à Apólice, observando o disposto no item 29.
- 16.3 Poderá também haver o recálculo das taxas do Seguro, em qualquer época de vigência, quando ocorrerem alterações substanciais nas hipóteses atuariais, devidamente justificadas tecnicamente perante a Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, observando-se o critério definido no item 29.
- 16.4 Quando a alteração na taxa pura for aplicada às apólices vigentes, será realizada por endosso à Apólice e esta modificação dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

17 SUSPENSÃO DO SEGURADO E DAS COBERTURAS

- 17.1 O período de cobertura do risco durante a vigência do Seguro respeitará a periodicidade do pagamento do prêmio, prevista no item 14.2 - Periodicidade do Pagamento. Sendo assim, podem ocorrer as seguintes situações de suspensão das coberturas:
- 17.1.1 **Suspensão do Segurado na Apólice:** Quando não ocorrer o pagamento do prêmio até a data do seu vencimento, fica a cobertura do Seguro automaticamente suspensa, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança, ficando o Segurado ou o(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, sem direito de receber a indenização referente a qualquer garantia contratada, no caso de ocorrência de sinistro, conforme determina o Art. 763 do Código Civil, abaixo transcrito:

"Art. 763 - Não terá direito à indenização o Segurado que estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes de sua purgação".

- 17.1.2 **Suspensão das Coberturas da Apólice:** Para os Seguros Contributários, nos casos em que a Seguradora delegar ao Estipulante/Subestipulante a tarefa de recolhimento dos prêmios devidos pelos Segurados, se não houver o respectivo repasse dos prêmios pelo Segurado ao Estipulante/Subestipulante, dentro dos prazos contratualmente previstos, ocorrerá a suspensão das coberturas da Apólice para todo o Grupo Segurado, ficando, ainda, o Estipulante/Subestipulante sujeito às cominações legais.

18 REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS

- 18.1 Ocorrendo qualquer uma das situações de suspensão de coberturas previstas no item 17, admitir-se-á, **antes que se completem 90 (noventa) dias de suspensão a cada período de doze meses de vigência da Apólice**, a reabilitação das coberturas do Seguro, mediante pagamento do prêmio referente à vigência a decorrer.
- 18.1.1 **Nessas ocorrências, as coberturas do Seguro serão restabelecidas a partir das vinte e quatro horas da data do efetivo pagamento do prêmio, sendo que qualquer indenização eventualmente devida nesse período dependerá de prova de que, antes da ocorrência do sinistro, o prêmio referente à vigência a decorrer tenha sido pago, conforme item 14.6.**
- 18.1.2 **Após a reabilitação das coberturas, considerar-se-á como um seguro novo, devendo o Segurado cumprir todos os prazos de carência, sendo apenas dispensado o preenchimento de nova Proposta de Adesão e Declaração de Saúde.**

19 BENEFICIÁRIOS

- 19.1 É facultado ao Segurado indicar ou substituir o(s) Beneficiário(s).
- 19.2 O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) nominalmente pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida, assinada e com firma reconhecida por autenticidade.
- 19.2.1 Na falta da indicação expressa de Beneficiário, ou se por qualquer outro motivo não prevalecer a que for feita, aplicar-se-á, para efeito de pagamento de indenização, o disposto nos Arts. 791, 792 e 793 do Código Civil Brasileiro, abaixo transcritos:

"Art.791 - Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade."

"Art. 792 - 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 a ordem de vocação hereditária.

Parágrafo Único – Na falta de pessoas indicadas neste artigo, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.”

"Art. 793 - É válida a instituição do companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.”

- 19.2.2 Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 19.2.3 A alteração de Beneficiário será considerada a partir do momento em que a Seguradora receber a comunicação por escrito.
- 19.3 No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas o próprio Segurado será o Beneficiário.
- 19.4 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas dos Segurados, principal e dependente(s), serão pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

20 PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

- 20.1 **O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, caso haja por parte dos mesmos, dos seus representantes legais ou do seu corretor de seguros:**
- 20.1.1 **inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão que tenham influenciado na aceitação ou no valor do prêmio do Seguro;**
- 20.1.2 **inobservância das obrigações convencionadas na Apólice; e/ou**
- 20.1.3 **fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências.**
- 20.2 **Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, prevista no subitem 20.1.1, não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:**
- 20.2.1 **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.**
- 20.2.2 **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.**
- 20.2.3 **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.**
- 20.3 **Nulo será o Seguro para garantia de risco proveniente de ato doloso ilícito do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.**
- 20.4 **O(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização em caso de suicídio, ou sua tentativa, pelo Segurado, nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do Seguro.**

21 CANCELAMENTO DO SEGURO

- 21.1 **Transcorrido o prazo de suspensão das coberturas, conforme o item 17, sem que haja a reabilitação das coberturas (item 18), fica a Apólice automaticamente cancelada, não produzindo efeitos, direitos, e obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.**
- 21.1.1 **Nos Seguros contributários, a Seguradora notificará o Segurado, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, advertindo-o quanto à necessidade de retomada do pagamento dos prêmios, sob pena de cancelamento do Seguro.**
- 21.1.2 **Nos Seguros não contributários, em que os prêmios são pagos pelo Estipulante, a Seguradora notificará o mesmo, com antecedência de pelo**

menos 10 (dez) dias, advertindo-o quanto à necessidade de retomada de pagamento dos prêmios, sob pena de cancelamento do Seguro.

- 21.2 **A Seguradora ou o Estipulante poderá solicitar o cancelamento da Apólice mediante manifestação formal em até 60 (sessenta) dias da data de fim de vigência da mesma.**
- 21.3 **O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes e, no caso de seguro coletivo, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.**
- 21.4 **No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.**
- 21.5 **No caso de ocorrência de sinistro de Invalidez Permanente Total por Acidente, o pagamento da Indenização extingue, imediata e automaticamente, a garantia para o caso de Morte Acidental (MA), bem como o presente Seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente, conforme item 32.1.1.**

22 CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 22.1 **Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.**
- 22.2 **O prazo de vigência da cobertura individual pode ser abreviado em razão do cancelamento da Apólice ou de sua não-renovação.**
- 22.3 **Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda:**
- 22.3.1 **com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, podendo, neste caso, o Segurado optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo os custos do risco e de cobrança; ou**
- 22.3.2 **quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.**
- 22.4 **Além das situações mencionadas, a cobertura de cada Segurado Dependente cessa:**
- 22.4.1 **se for cancelada a respectiva Cobertura Suplementar;**

- 22.4.2 **se o Segurado Principal deixar o grupo Segurado;**
- 22.4.3 **com o pagamento de indenização integral do Seguro do Segurado Principal.**
- 22.4.4 **no caso de cessação da condição de dependente; ou**
- 22.4.5 **a pedido do Segurado Principal.**

23 DATA DO EVENTO

23.1 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

Garantia	Evento	Capital Segurado Vigente na Data:
Morte Acidental (MA)	Morte Acidental	Do acidente
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)	Invalidez por Acidente	Do acidente
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)	Invalidez por Acidente	Do acidente
Diárias por Incapacidade por Acidente Pessoal (DIA)	Incapacidade por Acidente	Do acidente
Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)	Despesas por Acidente	Do acidente

23.2 A reintegração do Capital Segurado relativo à garantia adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), somente nos casos de Indenização Parcial, e de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

24 DOCUMENTOS BÁSICOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

24.1 Os documentos básicos, necessários para a Regulação de Sinistros, a serem encaminhados à Seguradora, devem ser originais ou autenticados em cartório, quando for o caso.

24.2 Segue abaixo a relação dos documentos **básicos** para a Regulação de Sinistros, conforme a cobertura sinistrada:

Garantia	Evento	Documentos Básicos
Morte Acidental (MA)	Morte Acidental	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c) 24.2.1d), 24.2.1e), 24.2.1f) 24.2.1g), 24.2.1k)
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)	Invalidez por Acidente	24.2.1a), 24.2.1c) 24.2.1d), 24.2.1e), 24.2.1g), 24.2.1h), 24.2.1i), 24.2.1j), 24.2.1k), 24.2.1l)
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)	Invalidez por Acidente	24.2.1a), 24.2.1c) 24.2.1d), 24.2.1e), 24.2.1g), 24.2.1h),

		24.2.1i), 24.2.1j), 24.2.1k), 24.2.1l)
Diárias por Incapacidade por Acidente Pessoal (DIA)	Incapacidade por Acidente	24.2.1a), 24.2.1c), 24.2.1j), 24.2.1k), 24.2.1n), 24.2.1o), 24.2.1p)
Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)	Despesas por Acidente	24.2.1a), 24.2.1c), 24.2.1j), 24.2.1k), 24.2.1m), 24.2.1n)

24.2.1 **Legenda dos Documentos Básicos para Regulação de Sinistros:**

- a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário.
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado.
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado.
- d) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado.
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- f) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, quando realizado.
- g) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.
- h) Original do Atestado de Alta Médica definitiva, informando as sequelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membro lesados, inclusive o percentual.
- i) Cópia do Resultado de todos os exames realizados, diagnóstico e de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme.
- j) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.
- k) Comprovante de pagamento do último prêmio antes da data de sinistro.
- l) Cópia do Boletim de Atendimento Hospitalar e/ou Prontuário Médico Hospitalar na data do Acidente.
- m) Originais de todos os comprovantes de despesas médicas, odontológicas e hospitalares, tais como: receituários, recibos e notas fiscais.
- n) Originais dos resultados de todos os exames e exames complementares realizados pelo Segurado.
- o) Em caso de intervenção cirúrgica, cópia do prontuário médico hospitalar completo.
- p) Cópia da ficha ou prontuário médico hospitalar de atendimento de urgência, se for o caso.

24.3 **Documentos do(s) Beneficiário(s):** Os documentos do(s) Beneficiário(s) estão relacionados conforme seu parentesco/afinidade com o Segurado.

24.3.1 **Próprio Segurado:** Carteira de Identidade e CPF.

- a) Nos casos em que houver a nomeação de um Curador para o Segurado, deverá ser enviado também a cópia da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e autorização de pagamento em nome do curador nomeado.
- 24.3.2 **Cônjuge:** Cópia autenticada da Certidão de Casamento com data atualizada após o óbito com averbações, comprovante de residência, telefone (incluindo DDD), Carteira de Identidade e CPF.
- 24.3.3 **Companheiro(a):** cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, documento que comprove a união estável na data do evento, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD).
- a) Caso o segurado (a) tenha companheira (o) reconhecida (o) no órgão previdenciário, deverá ser enviado o respectivo documento que comprove tal vínculo marital e Escritura Pública de Declaração informando quanto tempo o companheiro (a) conviveu maritalmente com o(a) segurado(a) e se essa união perdurou até o falecimento do mesmo.
- 24.3.4 **Filhos:** cópia autenticada da Certidão de Nascimento (se menor de idade), bem como Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD).
- 24.3.5 **Pais e Outros:** cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD).
- 24.3.6 **Estipulante:** Em caso de pagamento para o Estipulante, deverá ser apresentado termo de cessão de direitos elaborado pelo responsável financeiro a favor da Instituição.
- 24.4 **Declaração de Únicos Herdeiros:** Caso o Segurado não tenha indicado seus beneficiários, em conjunto com a documentação de para regulação dos sinistros deverá ser encaminhada a declaração de únicos herdeiros e a documentação dos respectivos, conforme lista de documentos de acordo com o parentesco/afinidade do item 24.3.
- 24.5 **Importante:** A documentação informada acima é **básica**, podendo ser solicitados outros complementares.

25 COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 25.1 Em caso de sinistro, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro a ser fornecido pela Seguradora, e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados no item 24.
- 25.2 O prazo para pagamento da indenização, por parte da Seguradora, é limitado a 30 (trinta) dias contados a partir da entrega, pelo Segurado ou Beneficiário, da documentação básica necessária para a regulação do sinistro, definida no item 24 destas Condições Gerais. **Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá**

solicitar nova documentação. Neste caso, a contagem do prazo para o pagamento da indenização será suspensa e continuará a correr a partir do dia útil subsequente àquele que forem completamente atendidas as exigências.

- 25.3 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.
- 25.3.1 Quando não ocorrer o pagamento do prêmio até a data do seu vencimento, o Segurado ou o(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, estará(ão) sem direito de receber a indenização referente a qualquer garantia contratada, no caso de ocorrência de sinistro, conforme determina o Art. 763 do Código Civil, abaixo transcrito:
- "Art. 763 – Não terá direito à indenização o Segurado que estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes de sua purgação".*
- 25.4 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 25.5 O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.
- 25.6 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.
- 25.6.1 A junta médica de que trata o caput deste artigo será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.
- 25.6.2 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.
- 25.6.3 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.
- 25.7 **Valor Indenizado:** O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado, ou referente a um percentual em caso de indenização parcial, vigente na data do evento.
- 25.7.1 O pagamento será feito através de cheque nominativo ou ordem de pagamento, pagável no domicílio ou praça indicada pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

a) O pagamento poderá, ainda, ser efetuado através de crédito em conta corrente ou poupança do Segurado ou Beneficiário(s), conforme o caso, mediante solicitação escrita com os dados bancários necessários para o efetivo pagamento.

25.7.2 Caso o pagamento não seja efetuado no prazo previsto no item 25.2, deverá ser observado o disposto no item 32.1, sendo que os valores relativos a atualização monetária e juros de mora serão pagas independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o Valor Indenizado.

25.8 **Periodicidade de Pagamento das Indenizações:** As garantias deste Seguro serão pagas conforme a periodicidade definida abaixo.

25.8.1 As indenizações decorrentes da garantia de Morte Acidental (MA) e/ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), bem como da garantia adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) serão pagas sob a forma de pagamento único.

25.8.2 Para a garantia de Diárias por Incapacidade por Acidente Pessoal (DIA), o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período indenizável de 360 (trezentos e sessenta) dias.

a) Deverá ser encaminhado um comprovante atualizado, com data máxima de 5 (cinco) dias anteriores da apresentação à Seguradora, a cada solicitação de indenização parcial, comprovando que o Segurado permanece na condição de incapaz.

25.8.3 A garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) será paga sob a forma de pagamento único, como reembolso das despesas do evento coberto.

25.9 **Acúmulo de Indenizações:**

25.9.1 As indenizações de Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) ou Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) **não se acumulam.**

a) Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado dentro de um ano, a contar da data do acidente, e em consequência deste, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte por Acidente, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte por Acidente.

25.10 **Menores de Idade:** A indenização por Invalidez Permanente de menores de idade será paga conforme segue:

25.10.1 **Pessoas com idade entre quatorze e dezesseis anos:** a indenização será paga em nome do menor Segurado, mediante representação de seus pais ou tutores; e,

25.10.2 **Pessoas com idade entre dezesseis e dezoito anos, exclusive:** a indenização será paga ao menor Segurado, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiver o pátrio poder) ou, finalmente, por seu tutor.

25.11 Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

26 EXCEDENTE TÉCNICO

26.1 Se previsto no Contrato, poderá ser instituída a cláusula de excedente técnico da forma que segue:

26.1.1 A referida cláusula estabelecerá as condições de distribuição, ao Estipulante e/ou aos Segurados do grupo, dos resultados técnicos da Apólice Coletiva.

a) **Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:**

- a.1) prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos; e
- a.2) estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

b) **São despesas mínimas para fins de apuração dos resultados técnicos:**

- b.1) comissões de corretagem pagas durante o período;
- b.2) comissões de administração ("pró-labore") pagas durante o período;
- b.3) comissões de agenciamento pagas durante o período;
- b.4) valor total dos sinistros em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- b.5) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e
- b.6) despesas efetivas de administração, estabelecidas na planilha de cálculo que deu origem à taxa média apresentada no grupo.

c) **As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:**

- c.1) o respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- c.2) o aviso à Seguradora, para sinistros;
- c.3) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
- c.4) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

26.2 A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no Contrato até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos Segurados e/ou Estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no Contrato, observando o disposto no item 26.4.

- 26.3 A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no Contrato, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
- 26.4 Nos Seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo Segurado, na forma estabelecida no Contrato.
- 26.5 Para a verificação de pagamento de Excedente Técnico é necessário que a Apólice apresente uma média mensal mínima de 500 (quinhentos) componentes principais.
- 26.6 Nos Seguros em que houver cláusula de excedente técnico será incluída no Certificado Individual a informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

27 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

27.1 Constituem obrigações do Estipulante/Subestipulante:

- 27.1.1 **fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;**
- 27.1.2 **manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;**
- 27.1.3 **fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato;**
- 27.1.4 **discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;**
- 27.1.5 **repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;**
- 27.1.6 **repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;**
- 27.1.7 **comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;**
- 27.1.8 **dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;**

- 27.1.9 **fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e**
- 27.1.10 **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.**

28 REGIME FINANCEIRO

- 28.1 Tendo em vista que o presente Seguro é estruturado dentro do Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios para Segurados e/ou Estipulante/Subestipulante.

29 ALTERAÇÕES CONTRATUAIS

- 29.1 Durante a vigência do Seguro, qualquer alteração nas condições contratuais será realizada através de aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou do seu representante legal. Qualquer destas modificações que implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os Segurados, dependerá de anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

30 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

- 30.1 A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições da Apólice e a Nota Técnica Atuarial submetidas à Susep.
- 30.2 O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

31 APLICABILIDADE DAS CONDIÇÕES GERAIS

- 31.1 A responsabilidade da Seguradora está restrita exclusivamente aos compromissos implícitos nas diversas cláusulas que regem a presente Apólice, não se responsabilizando, portanto, por quaisquer outras promessas que não constem nas cláusulas impressas, devidamente assinadas pela diretoria ou seu representante legal.

32 MORA

- 32.1 A mora da Seguradora constituir-se-á, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável, a partir do término do prazo previsto no item 25.2 para a regulação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, a partir da data em que se tornar exigível.

- 32.1.1 Em caso da devolução de prêmio em decorrência do cancelamento do Seguro, considera-se como data de exigibilidade a data de recebimento da solicitação do cancelamento ou, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora, a data do efetivo cancelamento.
- 32.1.2 No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, considera-se como data de exigibilidade a data de recebimento do prêmio.
- 32.2 Em caso de mora, a taxa de juros aplicável corresponderá a 6% a.a. (seis por cento ao ano), vedada a aplicação de taxa superior, sendo efetuada, ainda, a atualização do Capital Segurado pela variação positiva do IGP-M/FGV, considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.
- 32.2.1 Na eventualidade de ser extinto o IGP-M/FGV, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

33 FORO

- 33.1 O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

34 DISPOSIÇÕES FINAIS

- 34.1 "A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco."
- 34.2 "O registro deste Plano na SUSEP ao implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização."
- 34.3 "O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de Seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF".
- 34.4 Toda a responsabilidade pelo pagamento das indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA.
- 34.5 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

As percentagens especificadas serão aplicadas sobre o Capital Segurado da garantia de Invalidez Permanente vigente na data do acidente, conforme item 23, **não** prevalecendo qualquer aumento efetuado posteriormente.

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre CS	Discriminação	% sobre CS
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um 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
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Ancilose total de um dos ombros	25	Ancilose total de um dos cotovelos	25
	Ancilose 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	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: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20	Fratura não consolidada de um pé	20
	Ancilose total de um dos joelhos	20	Ancilose total de um dos tornozelos	20
	Ancilose 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
	Encurtamento de um dos membros inferiores:		Perda total do uso de uma falange do 1º. Dedo, indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	De 5 (cinco) centímetros ou mais	15		
	De 4 (quatro) centímetros ou mais	10		
	De 3 (três) centímetros	06		
Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização				

Importante: Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução, e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

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

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 cem por cento.

Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a da indenização prevista para sua perda total.

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

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

A Invalidez Permanente deve ser comprovada com a apresentação de declaração médica à Seguradora. Essa declaração é presumida idônea quando emitida pela instituição de previdência oficial para a qual o Segurado contribua, ou por perícia médica da Seguradora.

Havendo divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade do Segurado, a Seguradora proporá, por meio de correspondência escrita, em até quinze dias da data da contestação, a constituição de junta médica. Essa será constituída por três membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, quinze dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado. 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.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

