

APRESENTAÇÃO

- Apresentamos as Condições Gerais de seu **Seguro Acidentes Pessoais Passageiros**, que estabelecem as formas de funcionamento das coberturas contratadas.
- Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, discriminadas e contratadas, desprezando-se quaisquer outras.
- Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- Mediante a contratação deste seguro, o segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.
- O Segurado, ao assinar a proposta de seguro, declara o recebimento das presentes Condições Gerais.
- Leia-as cuidadosamente, principalmente os textos em destaques contidos nas Condições Gerais, para que você possa, assim, usufruir com segurança os benefícios deste seguro.
- As coberturas contratadas pelo segurado estarão especificadas na apólice/demonstrativo de coberturas.

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.
- O registro deste plano na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 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.

Condições Gerais - Versão 12/2013

Documento registrado no 5º Oficial de Registro de Títulos e Documentos Civil de Pessoa Jurídica da Capital sob o nº 1.379.662 e prenotado sob o número 1.423.429.

Seguro de Acidentes Pessoais Passageiros – Processo SUSEP nº 005.00512/00

Este seguro é garantido pela Tokio Marine Seguradora S.A. – CNPJ 33.164.021/0001-00

OUVIDORIA

A Voz do Cliente na Empresa

A Ouvidoria é um canal de comunicação que colocamos à sua disposição, que tem por objetivo realizar análise das manifestações de forma isenta e imparcial, sendo o Ouvidor um defensor do cliente dentro da Seguradora.

Quando você pode recorrer a esse serviço?

A Ouvidoria está a sua disposição, sempre que necessário, sendo esta uma instância recursal. Desta forma, para acioná-la é imprescindível que já tenha contatado o canal de Sugestões, Reclamações e Elogios da Seguradora, através do Site ou Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), e discorde ou tenha dúvida da decisão que foi apresentada.

O papel do Ouvidor

O Ouvidor é um profissional que possui profundo conhecimento da área de seguros. Ele atua de forma personalizada e independente e age ativamente como representante do cidadão, respeitando as condições dos contratos de seguros, os direitos humanos e o Código de Defesa do Consumidor.

Sua solicitação em boas mãos

Com sua solicitação em mãos, o Ouvidor poderá esclarecer, justificar ou reformar uma decisão adotada pela empresa. E tenha certeza que tudo será estudado com o mais absoluto cuidado. No prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que a Ouvidoria receber a manifestação, o nosso Ouvidor comunicará o parecer adotado para você e ao corretor de seguros da apólice.

Estamos prontos para ouvir você

A Ouvidoria está em conformidade com a regulamentação da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP. Para recorrer a esse serviço, que é gratuito, você deverá apresentar a solicitação/reclamação por escrito, informando seu nome completo, CPF/CNPJ, número da apólice e do registro do sinistro (se for o caso), telefone e e-mail, através dos canais informados no verso deste manual.

Como funciona a Ouvidoria

Você pode recorrer a este serviço sempre que não concordar ou tiver dúvida em relação a uma decisão adotada pela empresa. Todavia, para isso é imprescindível já ter acionado o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC).

Assim, você registra sua manifestação nos seguintes canais:
www.tokiomarine.com.br através do formulário de Ouvidoria **ou**;
Através do 0800 449 0000 **ou**;
Caixa Postal 12829, São Paulo – SP, CEP: 04010-970
Ouvidoria Deficientes Auditivos e da Fala 0800 770 1523

**SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO DE PASSAGEIROS DE ÔNIBUS, MICRO-ÔNIBUS,
EMBARCAÇÕES E AUTOMÓVEIS EM GERAL**

CONDIÇÕES GERAIS

Índice

1.	OBJETIVO DO SEGURO	4
2.	CONCEITO DAS COBERTURAS	5
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	9
4.	CARÊNCIA	10
5.	ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA.....	10
6.	DA VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA.....	10
7.	DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS	11
8.	DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS.....	11
9.	BENEFICIÁRIOS	11
10.	CAPITAIS SEGURADOS	12
11.	CERTIFICADO INDIVIDUAL.....	12
12.	CUSTEIO DO SEGURO.....	12
13.	PRÊMIO	13
14.	PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS.....	16
15.	CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL.....	20
16.	CANCELAMENTO DO SEGURO	21
17.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	21
18.	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	22
19.	ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA.....	23
20.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	23
21.	DISPOSIÇÕES GERAIS	23
22.	PRESCRIÇÃO	23
23.	DO FORO.....	23
24.	CONCEITOS.....	24

**SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS DE PASSAGEIROS DE ÔNIBUS, MICRO-ÔNIBUS, EMBARCAÇÕES
E AUTOMÓVEIS EM GERAL
TOKIOMARINE SEGURADORA S.A**

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1 O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), decorrente de eventos ocorridos exclusivamente aos passageiros de veículos ou embarcações de propriedade do estipulante ou sob sua responsabilidade, devidamente licenciado para o transporte de pessoas nas linhas ou trajetos e condições especificadas no Contrato, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

1.2 Considera-se como passageiros, para fins deste seguro:

1.2.1 As pessoas que tenham adquirido bilhete de passagem;

1.2.2 As pessoas que estiverem sendo transportadas em veículo e/ou embarcações devidamente licenciados para o transporte de pessoas.

1.2.3 Os condutores dos veículos de transporte de passageiros quando previstos nas condições contratuais do seguro.

1.2.4 Para todas as situações previstas nos subitens 1.2.1, 1.2.2 e 1.2.3 o número máximo de passageiros cobertos está limitado à lotação máxima autorizada para o veículo e/ou embarcação.

1.3 As coberturas deste Seguro dividem-se em básicas e adicionais:

1.3.1 Coberturas Básicas:

- **MA – Morte Acidental; e,**
- **IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**

1.3.2 Coberturas Adicionais:

- **DMHO - Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas;**
- **AF – Auxílio Funeral Titular Dedutível;**
- **AF – Auxílio Funeral Titular – Reembolso – Não Dedutível**

1.4 O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Proposta de Contratação” quais coberturas pretende contratar, sendo uma das básicas obrigatória e as demais facultativas.

1.5 Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado Principal ou Dependente.

2. CONCEITO DAS COBERTURAS

2.1 BÁSICAS

2.1.1 MA - Morte Acidental

Desde que contratada, garante aos beneficiários o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura em caso de morte do segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.1.2 IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na **Tabela para o Cálculo de Indenização (SUBITEM 2.1.2.10)**, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato.**

2.1.2.1 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A SEGURADORA reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, **caso o segurado a tanto se negue.**

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

2.1.2.2 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será 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 funcional apresentada 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).

2.1.2.3 Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

2.1.2.4 Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado nesta Cobertura.

2.1.2.5 Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder a da indenização prevista para sua perda total.

2.1.2.6 Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

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

2.1.2.8 As indenizações previstas para as Coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela cobertura de Morte Acidental será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente.

2.1.2.9 A reintegração do capital segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

2.1.2.10 Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente.

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental e incurável	100
	PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho
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

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA
PARCIAL DIVERSAS	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive 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 indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos 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.	

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total 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	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente ½, 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.		

2.2 ADICIONAIS

2.2.1 DMHO - Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas

Desde que contratada, garante ao segurado, até o valor do capital segurado contratado para esta cobertura, o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.1.1 O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

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

2.2.1.3 A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

2.2.1.4 A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, **caso o segurado a tanto se negue.**

2.2.2 Auxílio Funeral Titular – Dedutível

Desde que contratada, em caso de morte do segurado titular, será indenizado a título de auxílio funeral o valor estabelecido no contrato para esta cobertura. **Esse valor será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.** Por se tratar de uma cobertura que prevê o adiantamento do capital segurado referente à Cobertura Básica, não haverá cobrança de prêmio para sua contratação.

2.2.3 Auxílio Funeral Titular - Reembolso Não Dedutível

Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, as despesas devidamente comprovadas com funeral serão reembolsadas, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do capital segurado estabelecido no contrato para esta cobertura. **Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Todas as Coberturas

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) 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, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- d) da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de um ou de outro de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;**
- e) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;**
- f) sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios;**
- g) as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.**

3.2 Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos das coberturas de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Auxílio Funeral Dedutível e Auxílio Funeral Titular – Reembolso Não Dedutível, as doenças quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

3.3 Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)

Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) as despesas decorrentes de:

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

3.3.1 Do veículo ou embarcação transportador:

- a) Estão excluídos quaisquer acidentes que ocorrerem aos passageiros dos veículos ou embarcação, se estes estiverem com lotação excedente da autorizada por regulamentos e atos baixados pelas autoridades competentes, e/ou forem postos em movimento ou guiados por condutores que não tenham a devida habilitação, ressalvados os casos de força maior;
- b) Veículos com menos de quatro rodas;
- c) Veículos destinados ao serviço de socorros médicos, das corporações militares, de bombeiros e de transportes de presidiários;
- d) Caminhões, ainda que adaptados com bancos e cobertos;
- e) Embarcações que não estejam especificadas no subitem 24.10 destas Condições Gerais.

4. CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro cobre os eventos ocorridos no trajeto percorrido pelo veículo ou embarcação incluído na apólice de seguro em toda a América Latina, desde que estes eventos não sejam caracterizados como risco excluído.

6. DA VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA

6.1 A apólice mestra vigerá pelo prazo estabelecido no contrato, podendo ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

6.2 A renovação automática prevista no subitem anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

6.3 Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três

quartos) do grupo segurado.

6.4 Início de Vigência:

O início de vigência da apólice mestra se dará às 24 (vinte e quatro) horas da data expressa no Contrato.

6.5. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

7. DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

7.1 Os seguros individuais vigorarão enquanto vigorar a apólice mestra, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do contrato individual previsto nestas Condições Gerais.

7.2 As coberturas deste Seguro iniciam-se no momento em que o passageiro, após adquirir a passagem e o tíquete, se encontrar no local de embarque estendendo-se aos lugares de paradas intermediárias e de transbordo de passageiros e terminam no momento em que o passageiro deixar o veículo ou embarcação, ou ainda, a estação de desembarque, quando houver.

7.3 Para as modalidades de seguro sem emissão de passagem ou tíquete, a cobertura do seguro inicia-se no momento do ingresso do passageiro no veículo e/ou embarcação e termina no momento de sua saída.

7.4 Este seguro é por tempo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

8. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

8.1 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

8.2 Será estabelecida no Contrato a quantidade mínima de segurados necessária para a aceitação de Seguro.

8.3 Poderão ser incluídos no presente Seguro, as pessoas pertencentes ao Grupo Segurável que atendam às condições de aceitação estabelecidas no Contrato.

8.4 A inclusão dos componentes seguráveis poderá ser feita da seguinte forma:

8.4.1 Automática: abrangendo a totalidade dos componentes do grupo segurável.

9. BENEFICIÁRIOS

9.1 Indicação

O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

9.2 Alteração de Beneficiários

O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

9.2.1 Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

9.3 Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado Principal, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.

9.4 No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

10. CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados deverão ser definidos na forma estabelecida no Contrato.

10.1 Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos para cada cobertura vigentes na data do evento.

10.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

11. CERTIFICADO INDIVIDUAL

11.1 Para os seguros contratados através de bilhete, o certificado individual caracteriza a confirmação da contratação do seguro e contém os seguintes elementos mínimos:

- a) Data do início do Seguro Individual;
- b) Capitais Segurados de cada Cobertura;
- c) Nome do passageiro segurado;
- d) Número da passagem, e;
- e) Outras informações necessárias.

Os Certificados Individuais do Seguro serão numerados tipograficamente e conterão série.

11.2 Para os Seguros não contratados por bilhete, os valores de cobertura poderão ser informados por especificação na apólice.

12. CUSTEIO DO SEGURO

Conforme disposto no Contrato, o custeio do Seguro pode ser:

12.1 Não-Contributário – quando o prêmio for pago exclusivamente através de recursos do estipulante,

sem a participação do Segurado.

12.2 Contributário - quando os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente.

13. PRÊMIO

13.1 A forma de pagamento, bem como o valor e critério de atualização do prêmio será estabelecido no Contrato.

13.2 Tanto em relação aos prêmios individuais como em relação ao prêmio total, deve-se observar o disposto nos subitens abaixo:

13.2.1 Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento integral do prêmio houver sido feito, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

13.2.2 A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da apólice mestra, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento do Prêmio.

13.3 É vetado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de Prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela SEGURADORA e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do Prêmio de cada Segurado.

13.4 Fica vetada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

13.5 Se o Estipulante não tiver recebido um novo documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá entrar em contato com a Seguradora / Corretor e solicitar a emissão da 2ª via do boleto bancário.

13.6 Nos seguros contributários, desde que tenha sido recebido pelo Estipulante os prêmios individuais, ainda que este não tenha repassado para a Seguradora, a mesma ficará responsável pelo pagamento de indenizações que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento da apólice mestra, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal do Estipulante.

13.7 Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.

13.8 Os prêmios das apólices com vigências anuais poderão ser pagos a vista, mensal ou fracionados conforme acordado com o Estipulante.

13.9 Caso o plano preveja o fracionamento do prêmio, o critério adotado será o seguinte:

13.9.1 Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.

13.9.2 Deverá ser garantida ao Estipulante, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados.

13.9.3 Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada no mínimo a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	220/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

13.9.4 Para percentuais não previstos no **subitem 13.9.3**, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

13.9.5 A Seguradora deverá informar ao Estipulante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme **subitem 13.9.3**. acima.

13.9.6 Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescido de multa de 2,0% e juros de 0,0492% ao dia, dentro do novo prazo de vigência ajustado, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice.

13.9.7 Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no **subitem 13.9.3**. sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, a seguradora operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

13.9.8 No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua vigência, sendo vedada a cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão em caso de restabelecimento do contrato.

13.9.9 O disposto no subitem 13.10. e seus subitens não se aplicam aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

13.10 Atraso no pagamento de prêmio

13.10.1 Data do vencimento da parcela do prêmio anterior ao período de cobertura:

Nesses casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará a suspensão imediata e automática de todas as coberturas, a partir da data do início do período de cobertura da respectiva parcela pendente, perdendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

13.10.1.1 A parcela vencida mencionada no subitem anterior não será cobrada pela Seguradora, uma vez que não será concedida a respectiva cobertura.

13.10.2 Quando suspensa, a cobertura do seguro, seja a apólice mestra, sejam das coberturas individuais, poderá ser reabilitada, por uma única vez, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela do prêmio mensal subsequente à parcela em atraso, respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da referida parcela.

13.10.3 Data do vencimento da parcela do prêmio durante ou após o período de cobertura:

Nesses casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da parcela do prêmio conforme a lei permitir. Esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, mantendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.

13.10.3.1 O prazo para o pagamento da parcela do prêmio em atraso será até a data do vencimento da próxima parcela do prêmio referente ao período de cobertura subsequente.

13.10.3.2 O pagamento dos prêmios devidos nestas circunstâncias será acrescido de multa e juros de mora conforme critério previsto na Proposta de Seguro e Condições Contratuais da Apólice.

13.10.3.3 Caso essa parcela pendente não seja paga até a data limite especificada no subitem 12.10.3.1, seja a apólice mestra, sejam as coberturas individuais, serão canceladas a partir das 24 (vinte e quatro) horas dessa mesma data, sendo devido o pagamento das parcelas de prêmio referentes a períodos de cobertura ainda não emitidos e anteriores à data do cancelamento.

13.10.3.4 As parcelas do prêmio não pagas após 30 (trinta) dias do seu vencimento poderão ser cobradas judicialmente pela Seguradora.

13.11 CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO

13.11.1 Vencimento da parcela do prêmio anterior ao período de cobertura.

O Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado da suspensão das coberturas, e cientificado de que o não pagamento da próxima fatura em seu vencimento acarretará o cancelamento do seguro.

13.11.2 Quando houver suspensão de coberturas, somente será admitida uma única reabilitação. Assim, após a reabilitação, havendo novo atraso no pagamento de qualquer das parcelas do prêmio, este seguro estará automaticamente cancelado.

13.11.3 Vencimento da parcela do prêmio durante ou após o período de cobertura:

O Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado de que o não pagamento da próxima fatura em seu vencimento acarretará o cancelamento do seguro.

13.11.3.1 Nesse caso não haverá reabilitação de cobertura.

13.11.3.2 O prazo para pagamento da parcela do prêmio em atraso será até a data do vencimento da próxima parcela do prêmio referente ao período de cobertura subsequente.

13.12 No caso de rescisão total ou parcial do Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

13.12.1 Quando adotado fracionamento de prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do Segurado a Sociedade Seguradora reterá o prêmio calculado de acordo com a tabela prazo curto prevista no subitem 13.9.3.

14. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA, por fax, telegrama, telex, e-mail, carta ou qualquer meio disponível no momento.

14.1 Em seguida deverá ser encaminhada a **documentação relacionada adiante**, junto com o formulário original de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante, Beneficiários e pelo médico assistente. Estes documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.

14.2 Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta dias), contados da apresentação de todos os documentos necessários à liquidação, constantes no subitem 14.4 destas Condições.

14.2.1 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nesta cláusula, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no subitem 13.2 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

14.2.2 Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 14.2 e 14.2.1, a Seguradora pagará multa de 2% e juros de mora de 1,0% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice **IPCA-IBGE** – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela

variação positiva do índice INPC/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

14.2.2.1 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

14.2.3 A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha praticar após o sinistro não importam, por si, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

14.3 Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora os eventuais encargos de tradução necessários para liquidação do sinistro.

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

14.4 Documentação para regulação de Sinistros

14.4.1 Para todas as Coberturas:

- a) **Aviso de Sinistro totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante e Beneficiários;**
- b) **Dados Bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o 1º titular da conta.**

14.4.2 Para a Cobertura de Morte Acidental:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- d) Carteira Nacional de Habilitação, CPF e RG do condutor do veículo e/ou embarcação;
- e) Certificado de registro do veículo junto ao DETRAN ou certificado do registro da embarcação junto a Marinha.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de convivência;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial (B.O.);
- d) Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- f) Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, quando o fato ocorrer a trabalho da empresa;
- g) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- h) Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento

da vítima.

Obs: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos complementares equivalentes aos beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.

14.4.3 Para a cobertura de Invalidez Permanente por Acidente:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Carteira Nacional de Habilitação, CPF e RG do condutor do veículo e/ou embarcação;
- e) Certificado de registro do veículo junto ao DETRAN ou certificado do registro da embarcação junto a Marinha.
- f) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer a trabalho da empresa;
- c) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de Invalidez.

14.4.4. Para a cobertura Adicional de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas.

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Carteira Nacional de Habilitação, CPF e RG do condutor do veículo e/ou embarcação;
- e) Certificado de registro do veículo junto ao DETRAN ou certificado do registro da embarcação junto a Marinha.
- f) Pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial (B.O.). Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer a trabalho da empresa;
- b) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

III) Documento Original

- a) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, em que deve constar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas juntamente com os pedidos médicos dos procedimentos realizados. Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal original o procedimento realizado conforme tabela da A.M.B.;
- b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistência, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o tratamento realizado.

14.4.5 Para a Cobertura de Auxílio Funeral Titular Dedutível

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do Beneficiário.
- d) Carteira Nacional de Habilitação, CPF e RG do condutor do veículo e/ou embarcação;
- e) Certificado de registro do veículo junto ao DETRAN ou certificado do registro da embarcação junto a Marinha.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial, em caso de morte por acidente.

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a causa morte com data do diagnóstico, exames e tratamentos realizados.

Obs: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos complementares equivalentes aos beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.

14.4.6 Para as coberturas de Auxílio Funeral (Reembolso de Despesas)

I) Cópia Simples

- a) Comprovante de vínculo com o Estipulante;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e de quem arcou com as despesas do funeral;
- c) Documentos que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- d) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome de quem arcou com as despesas sendo esse o 1º titular da conta.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;

- b) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial, em caso de morte por acidente.

III) Documento Original

- a) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, em que deve constar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas;
- b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a causa morte, com data de diagnósticos, exames e tratamentos e realizados.

14.5 Junta Médica

14.5.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade, 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.

14.5.2 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

14.5.3 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.

14.6 Perícia da Seguradora

14.6.1 A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência da hospitalização nos termos destas Condições Gerais.

14.6.2 O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

14.6.3 Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

15. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

15.1 Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

- a) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;
- b) com a morte ou invalidez TOTAL e permanente por acidente do Segurado Principal;
- c) por solicitação do Segurado Principal, mediante comunicação por escrito;
- d) automaticamente se o segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários

agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;

- e) pela inobservância das obrigações convencionadas no seguro, por parte do segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do prêmio;
- f) com cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da apólice mestra; e
- g) automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do segurado e/ou estipulante no ato da contratação e/ou durante a vigência do contrato.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

A apólice Mestra será cancelada:

16.1 pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento de prêmios, nos termos do item 12;

16.2 se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato, e;

16.3 quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé que devem existir por ocasião da contratação e durante a vigência do contrato.

17. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

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

- a) inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro, quando estas ocorrem pela má-fé da(s) parte(s);
- b) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- c) fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas conseqüências.
- d) dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- e) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;
- f) não fornecimento da documentação solicitada.

17.1.1 Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

17.1.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea a) do subitem 17.1 não resultar de má-fé do segurado, a sociedade 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.

18. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

18.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, no Contrato, constituem, ainda, obrigações do estipulante:

- I - fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;**
- II - manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na composição do grupo e/ou na natureza dos riscos, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, implicar desequilíbrio do contrato, de acordo com o definido contratualmente;**
- III - fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;**
- IV - repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;**
- V - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;**
- VI - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o segurado;**
- VII - comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;**
- VIII - dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;**
- IX - comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;**
- X - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e**
- XI - 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 co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante.**

19. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

19.1 O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

19.2 Para manter o equilíbrio técnico do seguro e sempre que possível, as taxas serão reavaliadas anualmente tendo como base a experiência da Seguradora.

19.3 Qualquer modificação da apólice em vigor, inclusive nas taxas dos seguros, que implique em ônus ou dever para os segurados dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

19.3.1 A alteração nas Condições Contratuais em vigor deve ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou do seu representante.

19.4 A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante.

20. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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 contratuais e as normas do seguro.

21. DISPOSIÇÕES GERAIS

21.1 O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

21.2 O registro deste plano na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

22. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento na presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

23. DO FORO

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

24. CONCEITOS

24.1 Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecida, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, a sua incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando que:

24.1.1 Incluem-se, nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparada, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação de 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.

24.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) 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) 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 micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões 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-científico, 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, definido no subitem 23.1, acima.

24.2 Apólice Mestra

É o documento escrito, emitido pela Seguradora, que caracteriza o instrumento do contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado por estas Condições Gerais e, se houver, pelo Contrato. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro.

24.3 Beneficiários

São as pessoas designadas pelo Segurado Principal para receber o capital segurado na hipótese de seu falecimento devidamente coberto. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por

Acidente (IPA), e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), bem como no caso de morte de Segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário será o próprio Segurado Principal.

24.4 Capital Segurado

Capital Segurado é a importância máxima a ser paga pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao capital segurado.

24.5 Certificado de Seguro

É o documento entregue ao Segurado Principal que confirma a aceitação do proponente no Seguro.

24.6 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Seguro, das Condições Gerais, da Apólice e respectivos Aditivos, do Contrato e do Certificado Individual.

24.7 Condições Gerais

É o instrumento jurídico que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do seguro, sendo obrigatoriamente parte integrante da Proposta de Seguro e da Apólice Mestra.

24.8 Contrato

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

24.9 Corretor de Seguros

É o intermediário, indicado pelo Estipulante, legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguros. 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 (Superintendência de Seguros Privados), nome completo, CNPJ ou CPF.

24.10 Embarcação

Denomina-se embarcação nestas condições contratuais, exclusivamente, lancha, escuna ou catamarã devidamente registrada e licenciada junto a Marinha para transporte de pessoas.

24.11 Estipulante

É a pessoa que contrata este seguro em proveito dos segurados, ficando investida dos poderes de representação destes perante a SEGURADORA, nos limites da legislação pertinente e das disposições contratuais.

24.12 Evento Coberto

É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

24.13 Evento Preexistente

São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo segurado, antes da contratação do seguro e que seja de seu conhecimento.

24.14 Grupo Segurado

É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceites e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

24.15 Grupo Segurável

É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que preencham os demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e, se houver no Contrato.

24.16 Indenização

É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

24.17 Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Reginal de Medicina). **Não serão aceites como Médico Assistente o próprio Segurado, parentes consanguíneos ou afins, com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.**

24.18 Prêmio

É o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

24.19 Proponente

É a pessoa física que propõe a sua adesão ao Seguro e que passará a condição de Segurado Principal somente após a sua aceitação pela Seguradora.

24.20 Proposta de Contratação

É o documento através do qual a empresa proponente manifesta a sua vontade em contratar o Seguro na qualidade de Estipulante, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e, se houver no Contrato.

Na Proposta de Contratação deverão ser prestadas todas as informações necessárias à correta avaliação pela SEGURADORA dos riscos a serem garantidos ou recusados.

24.21 Regime Financeiro de Repartição Simples

É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

24.22 Segurados

São as pessoas físicas, pertencentes ao Grupo Segurado que mantêm vínculo com o Estipulante, regularmente incluídos e aceites no seguro.

24.23 Seguradora

É a sociedade devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo prêmio garante os riscos previstos no contrato.

24.24 Sinistro

É o acontecimento futuro e incerto, garantido pelo seguro e ocorrido durante sua vigência material, capaz de acarretar obrigações pecuniárias para a SEGURADORA.

24.25 Tratamento Cirúrgico

São aqueles decorrentes de eventos que exijam ato cirúrgico em regime de internação hospitalar.

24.26 Tratamentos Clínicos

São aqueles decorrentes de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicarem em ato cirúrgico.