

APRESENTAÇÃO

- Apresentamos as Condições Gerais do seu Seguro de Acidentes Pessoais Individual, 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-se 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 11/2021

Documento registrado no ___º Oficial de Registro de Títulos e Documentos de São Paulo sob o nº_____.

Seguro de Acidentes Pessoais Individual - Processo SUSEP nº 15414.900143/2017-85

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

OUVIDORIA

A Voz do Cliente na Empresa

A Tokio Marine possui na Ouvidoria uma equipe especializada para avaliar com total imparcialidade a sua demanda e possui um prazo de resposta de até 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da sua manifestação, atuando em conformidade com a regulamentação da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

Você e seu corretor podem acionar a Ouvidoria sempre que discordarem de algum posicionamento fornecido pelos canais habituais da Cia. Entretanto, orientamos que previamente ao acionamento da Ouvidoria o cliente acione o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), por meio do formulário eletrônico Resolva Aqui ou nos telefones abaixo.

Fale com a Ouvidoria nos seguintes canais: www.tokiomarine.com.br através do formulário de Ouvidoria ou; Através do 0800 449 0000, de 2ª a 6ª das 8h às 18h; Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523.

A Ouvidoria da Tokio Marine também está disponível na plataforma Consumidor.Gov (www.consumidor.gov.br). O atendimento por meio deste canal e prazos seguirão conforme os termos de uso do mesmo.

Canais de Atendimento Tokio Marine:

Resolva Aqui - disponível em www.tokiomarine.com.br/atendimento, para registrar sua reclamação.

SAC 0800 703 9000

Central de Atendimento 0300 33 TOKIO (86546)

Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523

Disque Fraude 0800 707 6060

Cordialmente,

Ouvidoria

Tokio Marine Seguradora

SUMÁRIO

1.	OBJETIVO DO SEGURO	4
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	4
3.	CARÊNCIA	5
4.	FRANQUIA	5
5.	ÂMBITO GEOGRÁFICO	5
6.	DA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE	5
7.	INÍCIO DE VIGÊNCIA	6
8.	BENEFICIÁRIOS	7
9.	CAPITAL SEGURADO	7
10.	PRÊMIO DO SEGURO	7
11.	ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO	8
12.	O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO	9
13.	ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS	9
14.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	9
15.	PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	9
16.	CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO	11
17.	PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO	11
18.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	12
19.	DISPOSIÇÕES GERAIS	12
20.	PRESCRIÇÃO	13
21.	FORO	13
22.	GLOSSÁRIO – CONDIÇÕES GERAIS	13
I-	COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL	18
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	18
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	18
3.	CAPITAIS SEGURADOS	18
4.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	18
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	18
II-	COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	20
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	20
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	23
3.	CAPITAIS SEGURADOS	23
4.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	23
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	24
III-	COBERTURA ADICIONAL DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS	25
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	25
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	25
3.	CAPITAIS SEGURADOS	25
4.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	26
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	27
IV -	COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	28
	POR ACIDENTE	28
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	28
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	29
3.	ÂMBITO GEOGRÁFICO	30
4.	CAPITAIS SEGURADOS	31
5.	CARÊNCIA	31
6.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	31
7.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	33

**CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A**

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1 O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização de acordo com a(s) cobertura(s) e limitado ao valor do capital Segurado contratado pelo Segurado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, durante o período de vigência e mediante o pagamento do prêmio correspondente, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Especiais e nas disposições legais aplicáveis.**

1.2 As coberturas deste Seguro dividem-se em básica e adicionais:

1.2.1 Cobertura Básica:

- **Morte Acidental;**

1.2.2 Coberturas Adicionais:

- **IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;**
- **DMHO – Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas;**
- **DIT – Diária por Incapacidade Temporária por Acidente.**

1.3 O proponente deverá informar na Proposta de Contratação quais as coberturas que pretende contratar, sendo a cobertura de Morte Acidental obrigatória.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência direta ou indiretamente:

- 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) **de doenças ou acidentes preexistentes à contratação do seguro não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;**
- e) **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;**

- f) **suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;**
 - g) **prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de transportes mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - h) **perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
 - i) **epidemias, endemias e pandemias declaradas por órgão competente;**
 - j) **Riscos cibernéticos e perdas financeiras, materiais ou corporais decorrentes de atividades maliciosas cibernéticas internas ou externas.**
- .

3. CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

4. FRANQUIA

As franquias, quando aplicáveis, serão estabelecidas nas Condições Especiais de acordo com a cobertura contratada.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

5.1 O presente seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição contrária especificada nas Condições Especiais, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

5.2 As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

6. DA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE

6.1 Somente poderão ser aceitas no seguro as pessoas que na data do preenchimento da Proposta de Contratação estejam em boas condições de saúde e tenham idade dentro dos limites estabelecidos na Proposta de Contratação.

6.2 A aceitação do proponente estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

6.3 A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitar ou recusar a inclusão ou alteração do proponente no seguro. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.

6.3.1 Para análise da Proposta de Contratação, a Seguradora poderá exigir, **por uma única vez**, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.

6.3.2 Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 6.3.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 6.3 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.

6.4 A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, bem como a justificativa da recusa, será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos**, contados da data da formalização da recusa, deduzido do valor “por rata temporis” a parcela correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizados da data do pagamento pelo Proponente até a data da efetiva restituição, **pelo índice estabelecido no item 13 destas Condições Gerais**, conforme legislação vigente.

6.4.1 Nos contratos de Seguro cuja Proposta de Contratação tenha sido recepcionada com adiantamento de prêmio, o Proponente terá cobertura entre a data do recebimento da Proposta até a data da formalização da recusa.

6.5 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

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

6.5.2 A aceitação do Proponente se fará mediante aplicação de questionário para avaliação das condições de saúde e atividade do proponente, e ainda, quando a Seguradora julgar necessário, relatório médico e/ou exames complementares, observadas as especificações dos itens 6.3.1 e 6.3.2.

6.5.2.1 A aplicação do(s) questionário(s) será realizada por meio de tele-entrevista ou preenchimento de formulários da Seguradora.

6.6 A alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1 A apólice vigorará por 12 (doze) ou 60 (sessenta) meses, de acordo com a opção indicada na Proposta de Contratação e, poderá ser renovada, automaticamente, uma única vez, salvo se a Seguradora ou o Segurado, manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

7.1.1 A cada renovação será enviada uma nova apólice ao segurado.

7.2 O início e término de vigência de cada Segurado dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas na Apólice.

7.3 O início de vigência é o dia da recepção da proposta pela Seguradora, ou outra data posterior, se solicitado pelo proponente, condicionado a realização da tele-entrevista, quando necessário, e sujeita a aceitação do risco pela Seguradora.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1 O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais.

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

8.2.1 Em caso de sinistro, será considerada a última alteração de beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

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

8.3 No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas e Diária por Incapacidade Temporária por Acidente previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1 O valor limite do capital segurado para cada cobertura contratada será estabelecido na Apólice do Seguro e será caracterizado de acordo com as Condições Especiais do Seguro.

9.2 O capital segurado e o prêmio serão atualizados anualmente conforme previsto no item Atualização do Capital Segurados e Prêmios.

9.3 O segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar alteração do valor do capital segurado, por meio de nova Proposta de Contratação, ficando a critério da Seguradora sua aceitação

10. PRÊMIO DO SEGURO

10.1 A forma de pagamento do Seguro poderá ser mensal ou anual e cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.

10.2 Qualquer indenização somente passa a ser devida após o pagamento do prêmio correspondente ao período de cobertura, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para o pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

10.2.1 O recolhimento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado por meio de boleto bancário, débito em conta ou fatura de cartão de crédito, de acordo com a forma de cobrança prevista na Proposta de Contratação.

10.2.2 A data limite para pagamento do Prêmio do Seguro não poderá ultrapassar o dia

especificado na Apólice de Seguro.

10.3 Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate do Prêmio do Seguro.

10.4 No caso de resilição 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 do Seguro recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

10.5 Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas serão deduzidas integralmente do valor da indenização, considerando-se as proporções entre os beneficiários.

11. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO

11.1 Decorridos os prazos para quitação do respectivo prêmio, o contrato de seguro será cancelado automaticamente, observadas as condições a seguir:

11.1.1 A falta do pagamento da primeira parcela da apólice ou da parcela única até a data limite para pagamento implicará no cancelamento do seguro desde o início de vigência, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

11.1.2 A falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da (s) parcela (s) do prêmio devido acrescido de multa e juros de mora ao dia conforme permitido em lei de acordo com o subitem 11.1.2.2. Esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, permanecendo o direito dos Segurados ou seus beneficiários ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.

11.1.2.1 O prazo para o pagamento dessa parcela do prêmio em atraso será de até 45 dias úteis.

11.1.2.2 O pagamento dos prêmios devidos nessas circunstâncias, será acrescido de multa de 2% e juros de mora de 0,116667% ao dia.

11.1.2.3 As parcelas do prêmio não pagas até os 45 (quarenta e cinco) dias do seu vencimento, poderão ser cobradas judicialmente pela Seguradora e a apólice será cancelada, não havendo possibilidade de reabilitação.

11.2 Nos casos da cobrança do prêmio por meio cartão de crédito, será responsabilidade do segurado manter os dados atualizados para lançamento da parcela para que não ocorra prejuízos à cobertura do seguro em caso de cancelamento ou validade expirada do cartão.

12. O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO

12.1 O Segurado em atraso com o pagamento dos prêmios do seguro será notificado sobre as parcelas em atraso e cientificado de que o não pagamento acarretará o cancelamento automático da apólice, não havendo direito à indenização em caso de sinistro ocorrido no período de inadimplência.

13. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

13.1 O valor do Capital Segurado e dos Prêmios do Seguro serão corrigidos anualmente com base na variação positiva do IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do INPC/IBGE com base na última publicação oficial e abrangendo o índice acumulado nos últimos 12 meses, verificado 2 (dois) meses anteriores ao mês de aniversário anual do seguro.

13.1.1 Exemplo:

Início de vigência: mês de Abril/2017

Mês da atualização monetária: mês de Abril/2018

IPCA acumulado (12 meses) do período de 01 de Fevereiro/2017 a 31 de Janeiro/2018

13.2 A atualização de valores relativos a prêmios/contribuições e Capital Segurado/Benefício observará a legislação específica vigente.

14. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

14.1 Além da atualização monetária do prêmio do seguro em função da atualização do capital segurado prevista no item 13, este seguro prevê o reenquadramento anual do prêmio por mudança da idade do segurado.

14.1.1 A nova taxa do seguro será aplicada juntamente com a atualização do capital segurado.

14.2 Os percentuais de reajuste da taxa serão aplicados de acordo com o critério estabelecido nas Condições Especiais, desde que essa condição esteja prevista para a cobertura contratada.

15. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

15.1 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, podendo ser central de atendimento 0300 33 86546, ou portal de autoatendimento através do site www.tokiomarine.com.br.

15.2 Em seguida deverá ser encaminhada a **documentação necessária relacionada nas Condições Especiais de acordo com a cobertura do seguro**, juntamente com o formulário Aviso de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado e/ou Beneficiário. Esses 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.

15.3 Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta dias), contados da apresentação do último documento dentre aqueles solicitados pela seguradora, definidos nas Condições Especiais, no item “Documentos para Regulação dos Sinistros”.

15.3.1 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nestas Condições Gerais, no item “Documentos para Regulação dos Sinistros”, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 15.3 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

15.3.2 Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 15.3 e 15.3.1, a Seguradora pagará multa de 2% e juros de mora de 3,5% 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.

15.3.2.1 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.

15.3.2.2 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.

15.3.2.2.1 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.

15.4 Junta Médica

15.4.1 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.

15.4.1.1 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.

15.4.1.2 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.

15.4.2 Perícia da Seguradora

15.4.2.1 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.

15.4.2.2 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.

15.4.2.3 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 cíveis e penais cabíveis.

16. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1 Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro:

- a) com a morte ou Invalidez TOTAL e permanente do Segurado;
- b) por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito;
- c) 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 a vigência do contrato;
- d) pela inobservância das obrigações convencionadas no seguro, por parte do Segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do Prêmio do seguro;
- e) automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado e/ou corretor de seguro no ato da contratação e/ou durante a vigência do seguro;
- f) por falta de pagamento das parcelas, de acordo com os critérios estabelecidos no item 12.

16.2 Além das hipóteses elencadas no item 16.1, a cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente cessará quando o segurado completar 66 (sessenta e seis) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

17. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

17.1 A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado:

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- b) fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências;
- c) dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- d) 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;
- e) 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;
- 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. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

18.1 A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da SEGURADORA, respeitadas as condições contratuais e as normas do Seguro.

19. DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1 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.

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

20. PRESCRIÇÃO

21.1. Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

21. FORO

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

22. GLOSSÁRIO – CONDIÇÕES GERAIS

22.1 Acidentes Pessoal

É o evento com data caracterizada, exclusivo 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, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

22.1.1 Incluem-se nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, 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.

22.1.2 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 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, definido no subitem 22.1, acima.

22.2 Agravamento de risco

A ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance de ocorrência de sinistro.

22.3 Apólice de Seguro

Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente.

22.4 Artigo 766 – Código Civil Brasileiro

Art. 766. *Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.*

Parágrafo único. *Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio.*

22.5 Ato doloso

Ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

22.6 Ato ilícito

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

22.7 Aviso de sinistro

Comunicação formal da ocorrência de um sinistro feito à Seguradora.

22.8 Beneficiários

São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber o Capital Segurado na hipótese de sinistro com o Segurado.

22.9 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.

22.10 Carência

É o período de tempo ininterrupto, cotado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado permanece no Seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos Prêmios do Seguro individual.

22.11 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.

22.12 Condições Especiais

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

22.13 Condições Gerais

Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

22.14 Contrato de Seguro

É constituído pelos documentos de aceitação que formalizam o contrato e estabelecem o direito a indenização de seguro, nos termos das condições contratuais.

22.15 Corretor de seguros

Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover Contratos de Seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas. 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.

22.16 Declaração Pessoal e Saúde

Documento formal integrante da Proposta de Contratação e/ou resultante da Tele-entrevista em que o proponente ou Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde na data de contratação do seguro.

22.17 Doenças ou Lesões Preexistentes

Doença acometida e de conhecimento do segurado em momento anterior a contratação do seguro e não declarada na Proposta de Contratação e/ou Tele-entrevista.

22.18 Endosso

Documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

22.19 Endosso de reenquadramento

Documento expedido pela Seguradora, anualmente, que demonstra os capitais segurados atualizados além do Prêmio do Seguro recalculado em função da atualização monetária e mudança da idade do Segurado.

22.20 Evento coberto

Acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante a vigência e que acarreta obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) beneficiário(s).

22.21 Franquia

É o período de tempo, ininterrupto, não considerado para cálculo do pagamento da indenização ou reembolso, contado a partir da caracterização do sinistro coberto.

22.22 Indenização

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

22.23 Infecções Oportunistas

São infecções causadas por microrganismos (bactérias, fungos ou vírus) que estão comumente presentes em nosso organismo (sem qualquer manifestação clínica) e que aproveitam o estado de debilidade (imunodeficiência) para se proliferarem e provocarem infecções nos mais diferentes órgãos ou na corrente sanguínea (septicemia). Exemplo: pneumonias, meningites, diarreias e outras infecções causadas em

razão de imunodeficiência provocada pelo AIDS, por Doença Neoplásica, por Doenças Crônicas ou por outras doenças que afetem o sistema imunológico.

22.24 Má-fé

Agir de modo contrário a lei ou ao direito de forma proposita.

22.25 Médico Assistente

Profissional legalmente licenciado para a prática de medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc). Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

22.26 Período de Cobertura

Período em que o Segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados, em caso de sinistro coberto pelo Seguro.

22.27 Prêmio do Seguro

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

22.28 Proponente

Pessoa física interessada em contratar cobertura(s) de seguro.

22.29 Proposta de Contratação

Documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro.

22.30 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 nesse mesmo período.

22.31 Regulação de Sinistros

Conjunto de procedimentos para a apuração das causas e circunstâncias que ocasionaram o sinistro que tem por objetivo validar a caracterização do risco.

22.32 Resilição do contrato

É a anulação de contrato, sem efeito retroativo, que se dá por meio de acordo firmado entre os interessados, podendo ser por ato unilateral de uma das partes.

22.33 Risco coberto

É o risco previsto no Plano de Seguro que caracterizará a indenização e/ou reembolso.

22.34 Riscos excluídos

São aqueles riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano;

22.35 Seguradora

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

22.36 Sinistro

Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de Seguro.

22.37 Sinistro Vinculado

Sinistro ocasionado pelo mesmo acidente já avisado anteriormente e que tenha relação de continuidade para efeito de contagem do saldo de diárias da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária.

22.38 Tele-entrevista

Processo de avaliação para aceitação do risco do seguro de vida feita por intermédio de entrevistas telefônicas, realizadas por médicos e enfermeiros especializados.

22.39 Vigência

Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
I- COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo Seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e Proposta de Contratação.**

1.2 As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Morte Acidental.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir.

I) Cópia Simples

a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;

- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

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;
- 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) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- g) Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima.

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
II- COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na **Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 1.10)**, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, 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 das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Proposta de Contratação.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.1.1. 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.

1.1.1.1. 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.

1.2. 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).

1.3. 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.

1.4. 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.

1.5. 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.

1.6. 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.

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

1.8. As indenizações previstas para as coberturas Básica de Morte e Invalidez Permanente 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 Básica de Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

1.9. 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.

1.10. 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	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
	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.	



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. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

5.1.1 No caso da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

I) Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado;
- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;
- d) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- 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) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

III- SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA ADICIONAL DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Desde que contratada, garante ao próprio 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 da Proposta de Contratação.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.2 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.

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

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

1.5 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. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, 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 próteses pela perda de dentes naturais.**

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

4 REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

4.1 Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicado na tabela a seguir.

4.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente, exclusivamente para a cobertura de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas.

Idade	Variação %
até 18 anos	Não se aplica
19 anos	5,52238806
20 anos	5,23338048
21 anos	4,97311828
22 anos	4,73751601
23 anos	4,52322738
24 anos	4,32748538
25 anos	4,14798206
26 anos	-1,18406889
27 anos	-1,23442266
28 anos	-1,25029228
29 anos	-1,26567575
30 anos	-1,24434389
31 anos	-1,29805269
32 anos	-1,31558791
33 anos	-1,33265595
34 anos	-1,31108462
35 anos	-1,36859903
36 anos	-1,34693658
37 anos	-1,36532666
38 anos	-1,38422587
39 anos	-1,40365563
40 anos	-1,42363861
41 anos	-1,44419878
42 anos	-1,46536152
43 anos	-1,48715370

Idade	Variação %
44 anos	-1,50960383
45 anos	-1,53274216
46 anos	2,59414605
47 anos	2,52855172
48 anos	2,46673088
49 anos	2,45041147
50 anos	2,34976907
51 anos	2,29532171
52 anos	2,28494492
53 anos	2,19369415
54 anos	2,14660422
55 anos	2,10195201
56 anos	5,08966304
57 anos	4,80769231
58 anos	4,58715596
59 anos	4,38596491
60 anos	4,20168067
61 anos	4,03225806
62 anos	3,87596899
63 anos	3,73134328
64 anos	3,59712230
65 anos	3,47222222
66 anos	4,42445936
67 anos	4,23728087
68 anos	4,04201503
69 anos	3,90684468

4.2 A partir dos 70 anos, não será aplicado reajuste da taxa por mudança de idade.

5 OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

I) Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c) Pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados;
- d) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

II Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão do Registro da Ocorrência Policial (B.O.). Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- 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 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 assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o tratamento realizado.

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS
IV - COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
POR ACIDENTE**

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Essa cobertura tem como objetivo o pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente, **por período temporário, de exercer sua profissão ou ocupação**, decorrente de acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de franquia definido na apólice, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

1.2 Essa cobertura tem como objetivo o apoio ao segurado que exerça atividade profissional. **Se ficar comprovada má-fé no que se refere às informações para a contratação do seguro, o segurado perderá o direito à indenização da cobertura contratada, com base no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.**

1.3 O número de diárias a ser indenizado será determinado em função da necessidade comprovada de afastamento temporário do segurado de suas atividades profissionais, acompanhada de relatório do médico assistente do segurado, observados o limite máximo de diárias, o período de franquia determinadas para o plano.

1.3.1 Será dispensando o cumprimento do período de franquia, caso o segurado voltar a se afastar em decorrência de um mesmo acidente já indenizado dentro do prazo de sessenta dias, contados a partir da data da alta médica do afastamento anterior e, desde que o sinistro tenha sido coberto pelo seguro. Caso o sinistro anterior tenha sido negado por falta de cumprimento da franquia, não será adotada a isenção de franquia no sinistro vinculado.

1.4 O limite máximo de diárias indenizáveis será de acordo com a quantidade descrita na apólice para todas as incapacidades decorrentes do mesmo acidente, independentemente de renovação do contrato. **A quantidade de diárias indenizadas decorrente de um acidente não pode ser superior ao número de diárias contratadas na apólice, caso haja novo afastamento pelo mesmo acidente já indenizado, ainda que seja em períodos diferentes de vigência (endosso de reenquadramento e/ou renovação da apólice).**

1.4.1 A reintegração do capital segurado somente se dará para incapacidades decorrentes de outros eventos não reclamados, isto é, de diferentes acidentes.

1.5 A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária vigente no contrato de seguro na data do afastamento, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, descontando-se o período de franquia.

1.5.1. O valor da diária para cálculo da indenização é aquele constante da apólice na data do evento, não podendo ser superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal do segurado, vigente na data do sinistro e devidamente comprovado pelos documentos indicados no item Ocorrência de Sinistro previstos destas Condições Especiais.

1.6 As indenizações de diária por incapacidade temporária não se acumulam em razão de mais de um afastamento ao mesmo tempo. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, o segurado somente terá direito a uma diária de indenização por dia afastado.

1.7 A Seguradora poderá indicar perícia médica para os casos em que não haja determinação da quantidade de diárias necessárias para retorno às atividades profissionais ou em caso de dúvida e/ou discordância da quantidade apontada pelo médico assistente do segurado, e caso o segurado, caso o segurado se negue a fazer a submeter-se à perícia, poderá incorrer em perda do direito à indenização.

1.8 Caso o segurado venha a falecer, seja por morte acidental, seja por morte natural, ou ainda, ficar inválido permanentemente e/ou aposentado por invalidez, será extinta, imediatamente, a presente cobertura, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir do dia seguinte à caracterização de uma dessas situações.

1.9 O Segurado deverá comunicar à Seguradora, sempre que ocorrer mudança da ocupação que represente mudança do risco. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do pedido alteração, informará sobre a aceitação, recálculo do valor do seguro por meio de endosso ou exclusão da cobertura, de acordo com a política de aceitação.

1.10 A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente cessará quando o segurado completar 66 (sessenta e seis) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura Diária por Incapacidade Temporária por Acidente:

- a) Estados de convalescença (após a alta médica);**
- b) Hospitalizações para check-up;**
- c) Tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;**
- d) Tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**
- e) Procedimentos não previstos no Código brasileiro de Ética médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de fiscalização de medicina e farmácia;**
- f) Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS) e/ou Hepatites B e/ou Hepatite C;**
- g) Lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;**

- h) Anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;
- i) Luxações recidivantes de qualquer articulação;
- j) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- k) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, estresse, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive, mas não se limitando à psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
- l) Qualquer tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética, incluindo, mas não se limitando para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências, cirurgias plásticas redutoras de qualquer espécie e as demais para colocação, retirada ou reposição de qualquer prótese;
- m) Doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos;
- n) Doenças transmitidas por contato com animais, tais como leptospirose, toxoplasmose e outras doenças infecto parasitárias;
- o) Gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto e suas consequências;
- p) Ceratotomia radial e demais condutas refrativas;
- q) Tratamento de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes ou envenenamentos coletivos;
- r) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, doenças reumatológicas e ósseas, entre outras;
- s) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias, cervicalgias e cervicobraquialgias, sacralgias e outros quadros degenerativos;
- t) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não), incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de características degenerativa, síndrome do impacto, lesões de supra espinhais, luxações recidivantes de qualquer articulação, exceto após tratamento cirúrgico;
- u) Hospitalizações para diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- v) Afastamentos por período inferior ao de franquia, mesmo que o afastamento seja decorrente de evento coberto;
- w) Doenças ocupacionais incluindo as profissionais e as doenças do trabalho, abrangendo todas aquelas situações clínicas que tenham histórico médico anterior relacionado a condições onde haja/tenha havido, em qualquer tempo pregresso, nexos causal positivo com a atividade profissional, inclusive quaisquer condições enquadradas sob a sigla LER-DORT-LTC (Lesão por Esforço Repetitivo – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – Lesões por Traumas Cumulativos) tais como tendinites, sinovites, tenossinovites, cervicobraquialgias, artrites, bursites, epicondilite, síndrome do túnel do carpo, dedo em gatilho, síndrome do desfiladeiro torácico, síndrome do pronador redondo, mialgias.
- x) Hérnia, todas, exceto após tratamento cirúrgico ou quando decorrente de acidente pessoal coberto.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1 A cobertura incapacidade temporária é válida somente para diagnóstico em território brasileiro.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

4.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos e vigentes na data do evento.

4.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do afastamento.

4.3.1 Caso o segurado volte a se afastar pela mesmo acidente e o sinistro seja tratado como vinculado à ocorrência anterior, considera-se para determinação do capital segurado o valor da diária do primeiro afastamento.

5. CARÊNCIA

5.1 Não há carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais.

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

6.1 Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

6.1.1 Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente, exclusivamente para a Diária por Incapacidade Temporária – Acidente.

6.2 Variação percentual para cobertura contratada com 180 diárias:

Idade	Variação %
até 18 anos	Não se aplica
19 anos	Não se aplica
20 anos	Não se aplica
21 anos	Não se aplica
22 anos	Não se aplica
23 anos	Não se aplica
24 anos	Não se aplica
25 anos	Não se aplica
26 anos	2,33392634%
27 anos	2,28069656%
28 anos	2,22984066%
29 anos	2,18120330%
30 anos	2,13464241%

Idade	Variação %
45 anos	-1,26223213%
46 anos	0,73297745%
47 anos	0,72764398%
48 anos	0,72238757%
49 anos	0,71720656%
50 anos	0,71209934%
51 anos	-1,11396332%
52 anos	0,70210004%
53 anos	0,69720496%
54 anos	0,69237767%
55 anos	0,68761677%
56 anos	3,71634748%
57 anos	3,58318392%

31 anos	3,34849307%
32 anos	2,04723991%
33 anos	2,00616882%
34 anos	1,96671323%
35 anos	1,92877967%
36 anos	-1,13346904%
37 anos	-1,14646385%
38 anos	-1,15976008%
39 anos	-1,17336834%
40 anos	-1,18729974%
41 anos	7,95757667%
42 anos	-1,21617912%
43 anos	-1,23115213%
44 anos	-1,24649843%

58 anos	3,45923323%
59 anos	3,34357130%
60 anos	3,23539361%
61 anos	-4,98200859%
62 anos	3,03876180%
63 anos	2,94914433%
64 anos	2,86466133%
65 anos	2,78488384%
66 anos	6,12657771%
67 anos	5,77289671%
68 anos	5,45782227%
69 anos	5,17536030%
70 anos	4,92069653%

6.3 Variação percentual para cobertura contratada com 365 diárias:

Idade	Variação %
até 18 anos	Não se aplica
19 anos	Não se aplica
20 anos	Não se aplica
21 anos	Não se aplica
22 anos	Não se aplica
23 anos	Não se aplica
24 anos	Não se aplica
25 anos	Não se aplica
26 anos	2,34415854%
27 anos	2,29046638%
28 anos	2,23917874%
29 anos	2,19013765%
30 anos	2,14319865%
31 anos	3,35679580%
32 anos	2,05510853%
33 anos	2,01372431%
34 anos	1,97397392%
35 anos	1,93576247%
36 anos	-1,17551035%
37 anos	-1,18949296%

Idade	Variação %
45 anos	-1,31458846%
46 anos	0,75504885%
47 anos	0,74939058%
48 anos	0,74381649%
49 anos	0,73832471%
50 anos	0,73291343%
51 anos	-1,09381775%
52 anos	0,72232539%
53 anos	0,71714527%
54 anos	0,71203892%
55 anos	0,70700477%
56 anos	3,67992651%
57 anos	3,54931435%
58 anos	3,42765607%
59 anos	3,31406144%
60 anos	3,20775448%
61 anos	-5,00590801%
62 anos	3,01436747%
63 anos	2,92616219%
64 anos	2,84297221%

38 anos	-1,20381222%
39 anos	-1,21848044%
40 anos	-1,23351052%
41 anos	7,90583695%
42 anos	-1,26471122%
43 anos	-1,28091104%
44 anos	-1,29753126%

65 anos	2,76438161%
66 anos	6,32793437%
67 anos	5,95133763%
68 anos	5,61704813%
69 anos	5,31831577%
70 anos	5,04975392%

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 15 – Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

I) Cópia Simples

- Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do Segurado, sendo este o primeiro titular da conta;
- Exames médicos comprobatórios da lesão;
- Declaração de aviso para concessão ou prorrogação do benefício de afastamento – Segurado;
- Declaração de aviso para concessão ou prorrogação do benefício – Médico assistente;
- Relatório Médico informando diagnóstico, evolução e o tratamento;
- Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;

II) Cópia Autenticada

- Empregador com vínculo empregatício: carteira profissional com as páginas iniciais, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedida pelo INSS, quando for o caso;
- Comprovante de rendimento do segurado, tais como: declaração do contador em formulário DECORE, declaração de Imposto de Renda ou Contracheque do mês do sinistro;
- Para proprietários de estabelecimento: contrato social atualizado;
- Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

III) Documento Original

- Relatório médico, atestando a causa e comprovando o período do afastamento.