

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS - BILHETE

Novembro/2025

Processo SUSEP: 15414.621450/2022-60 Versão 2.0

EZZE Seguros CNPJ 31.534.848/0001-24 Av. Pres. Juscelino Kubitschek, 50 10o andar

Vila Nova Conceição São Paulo - SP CEP:04543-000 11 2110 5500

EZZE SEGUROS.
A GENTE
SE IMPORTA.

Sumário

INFORMAÇÕES PRELIMINARES	4
CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO DO SEGURO	4
CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÕES	4
CLÁUSULA 3ª - COBERTURAS.....	7
CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS	8
CLÁUSULA 5ª - CARÊNCIA	9
CLÁUSULA 6ª - FRANQUIA.....	9
CLÁUSULA 7ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	9
CLÁUSULA 8ª - CONTRATAÇÃO POR BILHETE	9
CLÁUSULA 9ª - CONTRATAÇÃO POR MEIOS REMOTOS	10
CLÁUSULA 10ª - INÍCIO DE VIGÊNCIA E EMISSÃO DO BILHETE.....	10
CLÁUSULA 11ª - RENOVAÇÃO	11
CLÁUSULA 12ª - BENEFICIÁRIOS	11
CLÁUSULA 13ª - CAPITAL SEGURADO.....	11
CLÁUSULA 14ª - PRÊMIO DO SEGURO	11
CLÁUSULA 15ª - ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS	13
CLÁUSULA 16ª - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	13
CLÁUSULA 17ª - REINTEGRAÇÃO.....	16
CLÁUSULA 18ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO.....	16
CLÁUSULA 19ª - PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO	16
CLÁUSULA 20ª - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA JUROS E MORA	18
CLÁUSULA 21ª - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	18
CLÁUSULA 22ª - PRESCRIÇÃO	18
CLÁUSULA 23ª - FORO.....	18
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL.....	18
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.....	20

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	23
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS.....	26
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL (DIT-AP)	28
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE PESSOAL (DIH-AP)	31
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DE AUXÍLIO FUNERAL.....	35

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep;

O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

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.

CLÁUSULA 1ª - 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.

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÕES

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

ACIDENTE PESSOAL: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só, e 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:

Incluem-se nesse conceito:

- a. o suicídio, ou a sua tentativa, após dois anos de contratação do seguro ou se sua recondução depois de suspenso, 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.

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 anterior.

AGRAVAMENTO DE RISCO: Situações que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco coberto, conforme originalmente contratado, podendo impactar na aceitação, no prêmio ou nas condições do seguro.

ATO DOLOSO: Ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

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

AVISO DE SINISTRO: Comunicação imediata e formal que o Segurado ou Beneficiário deve fazer à Seguradora, por qualquer meio idôneo, ao tomar ciência da ocorrência de um sinistro ou de sua iminência, com o intuito de permitir a adoção de medidas para mitigar prejuízos e iniciar o processo de regulação do sinistro

BENEFICIÁRIOS: São as pessoas físicas ou jurídicas designadas pelo Segurado para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta. No caso das garantias de Invalidez Permanente por Acidente, Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas e Diárias de Incapacidade Temporária, bem como no caso de morte do Segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário será o próprio Segurado.

BILHETE: Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.

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.

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.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: Conjunto de disposições que regem a contratação de

um mesmo plano de seguro.

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

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

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.

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

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.

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.

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

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.

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).

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

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

MÁ-FÉ: Agir de modo contrário a lei ou ao direito de forma proposital.

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.).

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.

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.

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

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.

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.

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.

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

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

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

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

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.

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.

CLÁUSULA 3ª - COBERTURAS

3.1. Poderão ser contratadas as seguintes coberturas, de forma isolada ou em conjunto:

- a. Morte Acidental (MA);
- b. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- c. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- d. Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas decorrentes de acidentes (DMHO);
- e. Diárias por Incapacidade Temporária Causadas por Acidente (DIT-A);

- f. Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIH-A);
- g. Auxílio Funeral – Morte Natural ou Acidental – (AXF-M);

3.2. As coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente e IPTA e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não poderão ser contratadas em conjunto.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência direta ou indiretamente:
- a. do uso de material nuclear para testes, experiências ou no transporte de arma e/ou projétil nucleares, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b. Atos ilícitos dolosos, culpa grave equiparável ao dolo, atos propositais, fraude, má-fé, ação ou omissão dolosa praticada pelo Segurado, Beneficiário ou Representante de um ou de outro; nos seguros contratados por pessoas jurídicas, esta exclusão aplica-se também aos sócios controladores, dirigentes, administradores legais, estipulantes, beneficiários e respectivos representantes;
 - c. de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, invasão, hostilidade, rebelião, insurreição de poder militar ou usurpado ou da participação do Segurado em deveres de combate ou exercícios militares com força armada de qualquer país ou organização internacional, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo 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;
 - d. prática por parte do Segurado de atos ilícitos ou contrários à lei;
 - e. de acidente ocorrido quando o Segurado não legalmente habilitado estiver na condução de veículo automotor e aeronaves de qualquer tipo.
 - f. de doenças, acidentes ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão ou Cartão de Movimentação, e que sejam de seu conhecimento;
 - g. de tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;
 - h. de doenças ou acidentes preexistentes à contratação do seguro não declarados no questionário emissão do seguro;
 - i. 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;
 - j. suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
 - k. 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;
 - l. perturbações e intoxicações alimentares;
 - m. epidemias, endemias e pandemias declaradas por órgão competente.

- n. Confisco, requisição, apreensão ou destruição de bens por ordem de autoridade de fato ou de direito;
- o. Atos reconhecidamente perigosos praticados voluntariamente pelo Segurado, sem motivação justificável, bem como prática de atos ilícitos ou contrários à lei;
- p. Furto simples, perdas, extravios, distrações ou esquecimentos, salvo disposição específica em contrário nas Condições Especiais;
- q. Lucros cessantes, paralisação de atividades ou perda de mercado, salvo se cobertos expressamente em cláusula específica.
- r. atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro, exceto quando o dolo do representante ocorrer em prejuízo do segurado ou do beneficiário;
- s. atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores do Estipulante, seus dirigentes e/ou administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, exceto quando o dolo do representante ocorrer em prejuízo do segurado ou do beneficiário;
- t. valores relativos a multas e outras penalidades aplicadas em virtude de atos cometidos pessoalmente pelo segurado que caracterizem ilícito criminal.

4.2. Na hipótese de provocação dolosa do sinistro, o Segurado perderá o direito à indenização ou ao capital segurado, permanecendo a obrigação de quitar o prêmio devido, bem como de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

4.3. Os riscos excluídos específicos para cada cobertura estão descritos nas respectivas Condições Especiais.

CLÁUSULA 5ª - CARÊNCIA

5.1. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto em caso de suicídio ou sua tentativa praticada pelo segurado, neste caso, haverá uma carência de 02 (dois) anos, contados a partir da Vigência inicial do Seguro, ou da sua recondução depois de suspenso.

CLÁUSULA 6ª - FRANQUIA

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

CLÁUSULA 7ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO

7.1. 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.

7.2. As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional via rede bancária.

CLÁUSULA 8ª - CONTRATAÇÃO POR BILHETE

8.1. Somente poderão ser aceitas no seguro as pessoas que na data da contratação do Bilhete estejam em boas condições de saúde e tenham idade dentro dos limites estabelecidos na regra de aceitação do produto.

8.2. 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.

8.2.1. A Seguradora, desde que o faça nos 20 (vinte) 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.

8.2.2. Nos casos de 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.

CLÁUSULA 9ª - CONTRATAÇÃO POR MEIOS REMOTOS

9.1. A contratação do seguro também poderá ser realizada por meios remotos, quando disponibilizado pela Seguradora e na forma estabelecida pela legislação específica.

9.2. O Bilhete será emitido com base nas declarações prestadas pelo Proponente na contratação do Bilhete. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela Seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

9.3. Se os dados do Bilhete estiverem diferentes dos informados na solicitação, deverá ser solicitado à Seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão do mesmo, que corrija a divergência existente.

9.3.1. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto no Bilhete de Seguro.

9.4. As exigências para aceitação dos proponentes serão estabelecidas no Bilhete.

9.5. Nos seguros contratados através de Meios Remotos e/ou por Representante de Seguros, o Segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da data da emissão do Bilhete.

9.5.1. Caso o segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item, serão devolvidos, de imediato.

9.5.2. O segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

9.5.3. A Seguradora, ou seus Representantes de Seguro, e o Corretor de Seguros habilitado, conforme o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.

9.5.4. A devolução será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela Seguradora e expressamente aceitos pelo Segurado.

9.6. No ato da contratação serão obrigatórios o preenchimento e a assinatura, pelo proponente da solicitação, que será encaminhada à Seguradora para análise de sua aceitação.

CLÁUSULA 10ª - INÍCIO DE VIGÊNCIA E EMISSÃO DO BILHETE

10.1. A emissão do Bilhete ocorrerá em até 15 (quinze) dias a contar da data de sua solicitação.

10.1.1. O início e término de vigência do Seguro se dará às 24 (vinte e quatro) horas

das datas definidas, e vigorará por um período mínimo 30 (trinta) dias e máximo de 60 (sessenta) meses, conforme disposto no Bilhete.

CLÁUSULA 11ª - RENOVAÇÃO

11.1. Não há renovação.

CLÁUSULA 12ª - BENEFICIÁRIOS

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

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

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

12.2.2. Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado, o Capital Segurado será pago conforme dispuser a legislação em vigor.

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

CLÁUSULA 13ª - CAPITAL SEGURADO

13.1. O valor limite do capital segurado para cada cobertura contratada será estabelecido no Bilhete de Seguro e será caracterizado de acordo com as Condições Especiais do Seguro.

13.2. Nos seguros com vigência superior a 12 meses, o valor do capital segurado e seu respectivo prêmio serão atualizados monetariamente anualmente conforme previsto no item Atualização do Capital Segurados e Prêmios.

CLÁUSULA 14ª - PRÊMIO DO SEGURO

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

14.2. 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.

14.2.1. 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.

14.2.2. 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 no Bilhete de Seguro.

14.2.3. A data limite para pagamento do Prêmio do Seguro não poderá ultrapassar a data especificada no Bilhete.

14.3. O não pagamento do prêmio à vista, no caso de parcela única, ou o não

pagamento da primeira parcela, na data prevista no documento de cobrança, implicará o cancelamento automático do seguro independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial e a perda de direito de qualquer cobertura securitária prevista no contrato, independentemente do momento em que ocorra o sinistro.

14.4. O não pagamento das demais parcelas de prêmio após a primeira na data do vencimento 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 item "ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA JUROS E MORA".

14.4.1. 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.

14.4.2. Haverá um prazo de tolerância de 90 (noventa) dias corridos para regularização do prêmio e seguro, durante o qual a falta de pagamento do prêmio não ensejará o imediato cancelamento do seguro.

14.4.3. 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 do Seguro.

14.5. A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao segurado, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato em 90 (noventa) dias após a notificação realizada, que será efetuado ainda que o segurado, conforme o caso, alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

14.6. Nos seguros sobre a vida e a integridade física estruturados com reserva matemática, o não pagamento de qualquer parcela do prêmio que não seja a primeira implicará, conforme a escolha do Segurado ou de seus beneficiários, feita dentro de 30 (trinta) dias contados da notificação de inadimplemento:

- a. na redução proporcional da garantia; ou
- b. na devolução da reserva matemática constituída.

14.7. Se houver relevante redução do risco, o valor do prêmio será proporcionalmente reduzido, ressalvado, na mesma proporção, o direito da seguradora ao ressarcimento das despesas realizadas com a contratação.

14.8. Na hipótese de extinção total do interesse segurado, o contrato será resolvido, com a devolução proporcional do prêmio, ressalvadas, na mesma proporção, as despesas realizadas com a contratação.

14.9. Em caso de nulidade ou ineficácia do contrato de seguro, o segurado ou o tomador fará jus à devolução do prêmio, deduzidas as despesas realizadas, salvo se provada a ocorrência de má-fé.

14.10. Configurada a falta de pagamento (mora) da primeira parcela do prêmio ou da parcela única, o contrato será revogado de pleno direito, salvo convenção, uso ou costume em contrário.

- 14.11.** A Seguradora enviará notificação prévia ao Segurado por meio idôneo que comprove o recebimento, alertando sobre a necessidade de quitação das parcelas em atraso, concedendo-lhe prazo não inferior a 15 (quinze) dias para a purgação da mora, contado do recebimento da notificação.
- 14.12.** Caso o Segurado recuse o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não seja encontrado no último endereço informado à Seguradora, o prazo acima terá início na data da frustração da notificação.
- 14.13.** Não será considerado para fins de contagem de prazo, data de vencimento que sejam prorrogadas, sempre será considerada para contagem do prazo citado no subitem
- 14.13.1.** a data do primeiro vencimento gerado para parcela em atraso.
- 14.14.** Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate do Prêmio do Seguro.
- 14.15.** 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 do Seguro recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- 14.16.** 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.
- 14.17.** 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.

CLÁUSULA 15ª - ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

- 15.1.** O valor do Capital Segurado e respectivos prêmios 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 abrangendo o índice acumulado nos últimos 12 (doze) meses, verificado 2 (dois) meses anteriores ao mês de aniversário anual do seguro. Caso este seja extinto, pelo índice que venha a substituí-lo.

CLÁUSULA 16ª - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

- 16.1.** Ao tomar ciência do sinistro ou da iminência de seu acontecimento, com o objetivo de evitar prejuízos à seguradora, o segurado e/ou o beneficiário deve:
- I. tomar as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar seus efeitos, tais como, dentre outros: isolar a área, acionar o Corpo de Bombeiros ou Polícia, conter vazamentos ou danos contínuos, desde que não comprometa a preservação da cena do evento;
- II. Comunicar prontamente o sinistro à seguradora por meio idôneo — como canal oficial de aviso via portal, central de atendimento, e-mail institucional ou outro meio válido descrito na apólice —, seguindo as orientações da seguradora para a contenção

ou salvamento;

III. prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela seguradora.

16.1.1. O descumprimento doloso/intencional dos deveres previstos nesta cláusula implica a perda do direito à indenização ou ao capital pactuado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

16.1.2. O descumprimento culposo dos deveres previstos nesta cláusula implica a perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

16.1.3. É vedado ao segurado e ao beneficiário promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro.

16.1.4. O descumprimento culposo do dever previsto nesta cláusula implica obrigação de suportar eventuais despesas adicionais incorridas para a regulação e a liquidação do sinistro.

16.1.5. O descumprimento doloso do dever previsto nesta cláusula exonera a seguradora do dever de indenizar ou pagar o capital segurado.

16.1.6. A provocação dolosa de sinistro determina a perda total do direito à indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora.

16.1.7. Sucede a mesma consequência prevista nesta cláusula quando o segurado ou o beneficiário tiver prévia ciência da prática delituosa e não tentar evitá-la.

16.1.8. Nos seguros sobre a vida e a integridade física, o capital segurado, ou a reserva matemática devida, será pago ao segurado ou a seus herdeiros quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário.

16.1.9. A fraude cometida por ocasião da reclamação de sinistro leva à perda do direito à garantia, liberando a seguradora do dever de prestar o capital segurado ou a indenização.

16.2. 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, pelos canais de atendimento indicados no bilhete.

16.3. Em seguida, deverá ser encaminhada à Seguradora a documentação 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.

16.4. 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".

16.4.1. 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 17.3 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

16.4.2. Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 16.3 e 16.3.1, a Seguradora pagará multa, 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 conforme disposto no item “ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA JUROS E MORA”.

16.4.2.1. Solicitados documentos complementares dentro do prazo de 30 (trinta) dias estabelecido nessa cláusula, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por no máximo 1 (uma) vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

16.4.3. 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.

16.4.4. 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.

16.4.5. 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.

16.4.6. Nos seguros de pessoas que tenham por objeto a cobertura para o caso de morte ou de invalidez por doença, poderá ser estabelecido prazo de carência contratual, durante o qual a Seguradora não assumirá a responsabilidade pela ocorrência do sinistro.

16.4.7. Na hipótese de ocorrência do sinistro durante o período de carência, legal ou contratual, a Seguradora obriga-se a restituir ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme o caso, o valor total dos prêmios pagos até a data do evento, ou a reserva matemática constituída, se houver.

16.5. Junta Médica

16.5.1. 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.

16.5.2. 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.

16.5.3. 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.

16.6. Perícia da Seguradora

16.6.1. 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.

16.6.2. 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.

16.6.3. 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 cíveis e penais cabíveis.

CLÁUSULA 17ª - REINTEGRAÇÃO

17.1. Não haverá a reintegração de capital segurado para pagamento de indenizações decorrentes de um mesmo evento que originou o sinistro.

17.2. Após o pagamento de uma indenização, para sinistros decorrente de um novo evento, o capital segurado das coberturas de Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias por Incapacidade Temporária Causadas por Acidente (DIT-A) e Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIH-A), serão automaticamente reintegrados.

CLÁUSULA 18ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1. 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 inexactidão 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 15.

CLÁUSULA 19ª - PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

19.1. 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.

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

19.1.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea "a" do subitem 20.1 não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade Seguradora poderá:

- a. na hipótese de não ocorrência do sinistro:
 - a1. cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;
 - a2. mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- b. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:
 - b1. 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
 - b2. 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.
- c. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

19.2. Ainda que se verificado agravamento relevante do risco contratado durante a vigência da apólice, a Seguradora não poderá cancelar o contrato ou recusar a cobertura em razão desse agravamento.

19.2.1. Nessa hipótese, a Seguradora poderá apenas exigir o pagamento da diferença de prêmio correspondente ao novo nível de risco, a ser calculada de forma proporcional e justificada, respeitando os critérios técnicos atuariais e normativos aplicáveis.

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

19.4. A Seguradora, desde que o faça nos 20 (vinte) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

19.4.1. Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

- 19.5.** 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.

CLÁUSULA 20ª - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA JUROS E MORA

- 20.1.** O índice pactuado para atualização de valores relativos às operações derivadas do presente contrato é o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, ou outro que venha a substituí-lo.

20.1.1. A apuração do índice ora apresentado, terá uma defasagem de 60 (sessenta) dias, em função do tempo de divulgação do índice e das comunicações que devem ser feitas no processo de renovação.

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

20.3. Os valores relativos as obrigações legais pecuniárias decorrentes das operações derivadas do presente contrato sujeitam-se além da atualização monetária citada em 21.1. anterior, serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento) não cumuláveis, calculados sobre o valor bruto, e de juros moratórios de 1/365 avos de 6% (seis por cento), para cada dia corrido de atraso e até a data do efetivo pagamento, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo legal fixado para o cumprimento da obrigação, sempre verificando 2 (dois) meses anteriores ao mês de aniversário anual do seguro conforme exemplo a seguir:

- Início de vigência: mês de Abril/2022
- Mês da atualização monetária: mês de abril/2023
- IPCA acumulado (12 meses) do período de 01 de Fevereiro/2022 a 31 de março/2023

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

CLÁUSULA 21ª - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

21.1. 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.

CLÁUSULA 22ª - PRESCRIÇÃO

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

CLÁUSULA 23ª - FORO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO DA COBERTURA

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, conforme estabelecido no item 12 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.

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

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

CLÁUSULA 3ª - CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados são definidos no Bilhete de Seguro.

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

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

CLÁUSULA 4ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

a. Cópia Simples

- a1. Cédula de Identidade, CPF do Segurado e do beneficiário;
- a2. Comprovante de residência do Segurado e do(s) beneficiário(s) no mês do evento
- a3. Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- a4. Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do(s) beneficiário(s), sendo este(s) o(s) primeiro(s) titular(es) da conta.

b. Cópia Autenticada

- b1. Certidão de Óbito;
- b2. Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento já atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de União Estável informando o período de Convivência;
- b3. Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial; b4. Laudo de Exame Cadavérico (IML);

b5. Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado, e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);

b6. Laudo Pericial do local do acidente, se houver; e

b7. Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima.

CLÁUSULA 5ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO DA COBERTURA

Garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na Tabela para o Cálculo de Indenização, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, conforme estabelecido no item 14 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.

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

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.

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.

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).

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.

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.

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.

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.

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

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.

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.

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

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - DIVERSAS	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não-consolidada no maxilar inferior	20

Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS SUPERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS INFERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não-consolidada de um fêmur	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros (perna)	25
Fratura não-consolidada da rótula	20
Fratura não-consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	---
Encurtamento de um dos membros inferiores: de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
de 3 (três) centímetros	06
menos de 3 (três) centímetros	sem pagamento

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

CLÁUSULA 3ª - CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados serão especificados no Bilhete de Seguro.

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

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

CLÁUSULA 4ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

a. Cópia Simples

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

a2. Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;

a3. Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;

a4. Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

b. Cópia Autenticada

b1. Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;

b2. Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

b3. Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

c. Documento Original

c1. Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

CLÁUSULA 5ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO DA COBERTURA

Garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, em caso da perda total ou impotência funcional definitiva total de membros ou órgãos, em decorrência de lesão

física sofrida pelo segurado, em consequência de acidente pessoal coberto, durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete de Seguro.

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

Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada a invalidez permanente total quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora pagará o capital segurado em decorrência dos eventos a seguir:

- a. Perda total da visão de ambos os olhos;
- b. Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c. Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d. Perda total do uso de ambas as mãos;
- e. Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f. Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g. Perda total do uso de ambos os pés; ou
- h. Alienação mental total incurável.

Em caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, não caberá pagamento de indenização. Quando se tratar de lesões múltiplas, serão indenizados os casos em que o somatório dos graus de invalidez, determinados conforme Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente, seja igual ou superior a 100% (cem por cento).

A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade.

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.

Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão que já não tinha sua capacidade plena antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento da Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro será automaticamente cancelado.

A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos no item Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, excluem-se também:

- a. As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; e
- b. As perturbações e intoxicações alimentares, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

CLÁUSULA 3ª - CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados são os especificados no Bilhete de Seguro.

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

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

CLÁUSULA 4ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

- a. Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou Representante Legal (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- b. Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência em nome do Segurado;
- c. Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado for o condutor na ocasião do acidente;
- d. Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;
- e. Autorização de pagamento de sinistro;
- f. Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta;
- g. Boletim de Ocorrência Policial;
- h. Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho, se houver;
- i. Laudo de Exame de Corpo Delito (IML), se houver;
- j. Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- k. Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

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

CLÁUSULA 5ª - CANCELAMENTO DA COBERTURA

O bilhete de seguro será cancelado automaticamente após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total.

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO DA COBERTURA

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.

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

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.

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

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

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

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos mencionados no item 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 e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

CLÁUSULA 3ª - CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados serão especificados no Bilhete do Seguro.

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

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

CLÁUSULA 4ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

a. Cópia Simples

a1. Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;

a2. Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;

a3. Pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados;

a4. Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

b. Cópia Autenticada

b1. 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;

b2. Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

b3. Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

c. Documento Original

c1. 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.;

c2. Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o tratamento realizado.

CLÁUSULA 5ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-

se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

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

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL (DIT-AP)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO DA COBERTURA

Garante ao próprio Segurado o pagamento das diárias a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de acidente pessoal coberto, de forma contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, de acordo com o valor de Capital Segurado contratado, observado o limite máximo de diárias estabelecidos no Bilhete e o período de franquia, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais.

A incapacidade é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.

O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

A incapacidade decorrente de 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 incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

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

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos no item Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, excluem-se também:

- a. Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b. As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c. Tratamentos para obesidade, inclusive gastroplastia redutora;
- d. Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- e. Tratamentos odontológicos e ortodônticos, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- f. Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- g. Infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida (sida/aids);
- h. Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- i. Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer e doença de Parkinson;
- j. As perturbações e intoxicações alimentares, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- k. Transtornos mentais e psiquiátricos;
- l. Acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- m. Lesões que não requerem atenção médica;
- n. Internações em função do diagnóstico e/ou avaliação do estado de saúde (check-up);
- o. Cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- p. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- q. Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;
- r. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas

condições gerais.

CLÁUSULA 3ª - CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados são definidos no Bilhete de Seguro

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

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA

O período de Franquia será estabelecido no Bilhete, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).

As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

CLÁUSULA 5ª - CARÊNCIA

Não haverá aplicação de carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 6ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

- a. Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou Representante Legal (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- b. Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência em nome do Segurado;
- c. Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- d. Exames realizados pelo Segurado que comprovem o diagnóstico;
- e. Autorização de pagamento de sinistro;
- f. Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta;
- g. Boletim de Ocorrência Policial (B.O.), se houver;
- h. Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho, se houver;

- i. Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- j. Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- k. Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- l. Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
- m. Declaração do hospital constando nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição dos procedimentos, tratamentos ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- n. Relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
- o. Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;
- p. Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- q. Exames médicos que estejam relacionados com o evento.

No caso da cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP), prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

CLÁUSULA 7ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

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

CLÁUSULA 8ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE PESSOAL (DIH-AP)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO DA COBERTURA

Garante ao próprio Segurado o pagamento de uma diária para cada dia de internação do Segurado correspondentes ao período de internação hospitalar, decorrentes

exclusivamente de acidente pessoal coberto, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, observado o limite máximo de diárias estabelecidos no Bilhete e o período de franquia, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições.

Estarão cobertas somente as internações hospitalares decorrentes de acidente pessoal ocorrido durante a vigência do Seguro, desde que iniciadas em até 30 (trinta) dias da data do acidente.

A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização por um período superior a 12 (doze) horas e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no Bilhete de Seguro.

A indenização será devida em uma única vez somente após alta médica, para contabilização das diárias de internação.

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

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos no item Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, excluem-se também:

- a. Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- b. Tratamentos odontológicos e ortodônticos, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- c. Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal;
- d. Infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida (sida/aids);
- e. Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- f. Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer e doença de Parkinson;
- g. As perturbações e intoxicações alimentares, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- h. Transtornos mentais e psiquiátricos;
- i. Acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- j. Lesões que não requerem atenção médica;

- k. Internações em função do diagnóstico e/ou avaliação do estado de saúde (check-up);
- l. Cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- m. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- n. Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;
- o. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais;
- p. Tratamentos que possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório;
- q. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- r. Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- s. Estados de convalescença, após a alta médica; e
- t. Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como: espera para a realização de cirurgia e disponibilidade para exames de diagnose.

CLÁUSULA 3ª - CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados são definidos no Bilhete de Seguro.

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

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA

O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite mínimo de 12 (doze) horas e máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data do início da internação hospitalar.

As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de internação hospitalar do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

CLÁUSULA 5ª - CARÊNCIA

Não haverá aplicação de carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 6ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

- a. Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou Representante Legal (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- b. Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência em nome do Segurado;
- c. Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- d. Boletim de Ocorrência Policial (B.O.), se houver;
- e. Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho, se houver;
- f. Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;
- g. Autorização de pagamento de sinistro;
- h. Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta;
- i. Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- j. Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- k. Relatório do médico assistente comprovando o período de internação, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- l. Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- m. Exames médicos que estejam relacionados com o evento.

No caso da cobertura de Diárias por Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIH-AP) prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

CLÁUSULA 7ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado.

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

CLÁUSULA 8ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DE AUXÍLIO FUNERAL

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO DA COBERTURA

Essa cobertura tem como objetivo garantir o reembolso dos gastos funerários até o limite da cobertura contratada, caso venha a ocorrer a morte do Segurado, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas das Condições.

A prestação de serviços ou o pagamento de reembolso de despesas com funeral não caracteriza o direito à cobertura de Morte como risco coberto pelo seguro. A indenização da cobertura de Morte estará sujeita a análise da documentação e demais circunstâncias da ocorrência do sinistro, respeitadas as demais cláusulas das Condições Gerais.

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

CLÁUSULA 2ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos definidos no item Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Auxílio Funeral:

- a. Cremação do Corpo fora do município de residência habitual do segurado;
- b. Transporte ou repatriamento para cremação ou sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil ou exterior.

CLÁUSULA 3ª - CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados serão especificados no Bilhete.

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

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da morte do segurado.

CLÁUSULA 4ª - CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro

CLÁUSULA 5ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item "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. Exame(s) de diagnóstico de doença que causou o Óbito se houver;
- c. Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome de quem arcou com as despesas do funeral.

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. Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

III. Documento Original

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

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.