

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

Outubro/2025

Processo SUSEP: 15414.615810/2021-11 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

CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES	3
CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO	3
CLÁUSULA 3ª - DEFINIÇÕES E TERMOS TÉCNICOS	3
CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS.....	6
CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS	7
CLÁUSULA 6ª - CARÊNCIA	8
CLÁUSULA 7ª - FRANQUIA.....	8
CLÁUSULA 8ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	8
CLÁUSULA 9ª - DA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE	8
CLÁUSULA 10ª - INÍCIO DE VIGÊNCIA	9
CLÁUSULA 11ª - BENEFICIÁRIOS.....	9
CLÁUSULA 12ª - CAPITAL SEGURADO	9
CLÁUSULA 13ª - PRÊMIO DO SEGURO.....	10
CLÁUSULA 14ª - ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO	10
CLÁUSULA 15ª - ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS	12
CLÁUSULA 16ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	13
CLÁUSULA 17ª - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	13
CLÁUSULA 18ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO.....	16
CLÁUSULA 19ª - PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO.....	16
CLÁUSULA 20ª - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	17
CLÁUSULA 21ª - PRESCRIÇÃO	17
CLÁUSULA 22ª - FORO	17
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	17
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	19
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS.....	23

CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1.** A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.
- 1.2.** O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de Seguros e da Sociedade Seguradora no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), nome completo, CNPJ ou CPF.
- 1.3.** 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.
- 1.4.** O registro deste plano na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 1.5.** O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO

- 2.1.** 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 3ª - DEFINIÇÕES E TERMOS TÉCNICOS

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

APÓLICE DE SEGURO: Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente.

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 para receber o Capital Segurado na hipótese de sinistro com o Segurado.

CAPITAL SEGURADO: É a importância máxima a ser paga pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.

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, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais e da Apólice do 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 envolvida.

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.

PROPOSTA: documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro, abrangendo, no caso de contratação ou renovação de apólices coletivas, tanto a proposta de contratação formalizada pelo estipulante, como as propostas de adesão dos segurados individuais.

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.

CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS

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

4.1.1. Cobertura Básica:

a. Morte Acidental;

4.1.2. Coberturas Adicionais:

a. IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;

b. DMHO – Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas.

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

CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a. do uso de material nuclear para 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, 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;
- d. de furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;
- e. de doenças ou acidentes preexistentes à contratação do seguro não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;
- f. 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;
- g. suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- h. 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;
- i. perturbações e intoxicações alimentares;
- j. epidemias, endemias e pandemias declaradas por órgão competente.
- k. Confisco, requisição, apreensão ou destruição de bens por ordem de autoridade de fato ou de direito;
- l. Atos reconhecidamente perigosos praticados voluntariamente pelo Segurado, sem motivação justificável, bem como prática de atos ilícitos ou contrários à lei;
- m. Furto simples, perdas, extravios, distrações ou esquecimentos, salvo disposição específica em contrário nas Condições Especiais;
- n. Lucros cessantes, paralisação de atividades ou perda de mercado, salvo se cobertos expressamente em cláusula específica.
- o. 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;
- p. 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;

q. valores relativos a multas e outras penalidades aplicadas em virtude de atos cometidos pessoalmente pelo segurado que caracterizem ilícito criminal.

5.2. 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.

CLÁUSULA 6ª - CARÊNCIA

6.1. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

CLÁUSULA 7ª - FRANQUIA

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

CLÁUSULA 8ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO

8.1. 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.

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

CLÁUSULA 9ª - DA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE

9.1. 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.

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

9.3. A Seguradora terá um prazo de 25 (vinte e cinco) 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.

9.3.1. 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.

9.3.2. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 9.3.1, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias previsto no item 9.3 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.

9.4. A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação da Seguradora nos prazos previstos acima caracterizará a aceitação tácita da proposta.

9.5. 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 15 destas Condições Gerais, conforme legislação vigente.

- 9.6.** 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.
- 9.7.** 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 9.3.1 e 9.3.2.
- 9.8.** A aplicação do(s) questionário(s) será realizada por meio de tele-entrevista ou preenchimento de formulários da Seguradora.
- 9.9.** A alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

CLÁUSULA 10ª - INÍCIO DE VIGÊNCIA

- 10.1.** 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 30 (trinta) dias.
- 10.1.1.** A cada renovação será enviada uma nova apólice ao segurado.
- 10.2.** O início e término de vigência de cada Segurado dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas na Apólice.
- 10.3.** 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.

CLÁUSULA 11ª - BENEFICIÁRIOS

- 11.1.** O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais.
- 11.2.** O Segurado poderá a qualquer tempo, alterar a indicação de beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.
- 11.3.** Em caso de sinistro, será considerada a última alteração de beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.
- 11.4.** Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.
- 11.5.** 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 12ª - CAPITAL SEGURADO

- 12.1.** 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.

- 12.2.** O capital segurado e o prêmio serão atualizados anualmente conforme previsto no item Atualização do Capital Segurados e Prêmios.
- 12.3.** 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.

CLÁUSULA 13ª - PRÊMIO DO SEGURO

- 13.1.** A forma de pagamento do Seguro poderá ser mensal ou anual e cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.
- 13.2.** 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.
- 12.2.1.** 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.
- 12.2.2.** A data limite para pagamento do Prêmio do Seguro não poderá ultrapassar o dia especificado na Apólice de Seguro.
- 13.3.** Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate do Prêmio do Seguro.
- 13.4.** 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.
- 13.5.** 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.

CLÁUSULA 14ª - ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 14.1.** Decorridos os prazos para quitação do respectivo prêmio, o contrato de seguro será cancelado automaticamente, observadas as condições a seguir:
- 14.1.1.** 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 e a perda de direito de qualquer cobertura securitária prevista no contrato, independentemente do momento em que ocorra o sinistro.
- 14.1.2.** 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 14.1.4. 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.

- 14.1.3.** Será adotado o prazo de Tolerância de 90 (noventa) dias, durante o qual a falta de pagamento do Prêmio não ensejará o imediato cancelamento do seguro.
- 14.1.4.** O pagamento dos prêmios devidos nessas circunstâncias, será acrescido de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 0,12 (zero virgula doze por cento) ao dia.
- 14.1.5.** Em se mantendo a inadimplência por período superior a 90 (noventa) dias contados a partir da data do primeiro vencimento da primeira fatura em aberto, a apólice será cancelada.
- 14.1.6.** Não será considerando para fins de contagem de prazo, data de vencimento que sejam prorrogadas, sempre será considerada para contagem do prazo citado no subitem
- a. a data do primeiro vencimento gerado para parcela em atraso
- 14.2.** 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.
- 14.3.** 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 da seguradora, que será efetuado ainda que o segurado ou corretor, conforme o caso alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.
- 14.4.** O prazo limite para o pagamento do prêmio é a data de vencimento estipulada no documento de cobrança. Se esta data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente.
- 14.5.** 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.
- 14.6.** 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.
- 14.7.** 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.
- 14.8.** 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.

- 14.9.** 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.
- 14.10.** 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.
- 14.11.** 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.
- 14.12.** Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela não quita nem dá direito ao segurado à cobertura do seguro, se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.
- 14.13.** O segurado obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que está possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição da correspondência de aviso de cancelamento.
- 14.14.** Servirão como comprovante de pagamento de prêmios: o recibo de pagamento, o comprovante do débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento. Para as demais formas de pagamento acordadas entre estipulante e seguradora, os comprovantes serão aqueles definidos no contrato.
- 14.15.** O não pagamento do prêmio até a data de vencimento correspondente, implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica e conforme estabelecido na cláusula MULTA E MORA da presente Condições Gerais.

CLÁUSULA 15ª - ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

- 15.1.** 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 (doze) meses, verificado 2 (dois) meses anteriores ao mês de aniversário anual do seguro.

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

- 15.2.** A atualização de valores relativos a prêmios/contribuições e Capital Segurado /

Benefício observará a legislação específica vigente.

CLÁUSULA 16ª - REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

- 16.1.** Além da atualização monetária do prêmio do seguro em função da atualização do capital segurado prevista no item 15, este seguro prevê o reenquadramento anual do prêmio por mudança da idade do segurado.
- 16.2.** A nova taxa do seguro será aplicada juntamente com a atualização do capital segurado.
- 16.3.** 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.

CLÁUSULA 17ª - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

- 17.1.** 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.
- 17.1.1.** 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.
- 17.1.2.** O descumprimento culposo dos deveres previstos nesta cláusula implica a perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.
- 17.2.** É vedado ao segurado e ao beneficiário promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro.
- 17.2.1.** O descumprimento culposo do dever previsto nesta cláusula implica obrigação de suportar eventuais despesas adicionais incorridas para a regulação e a liquidação do sinistro.
- 17.2.2.** O descumprimento doloso do dever previsto nesta cláusula exonera a seguradora do dever de indenizar ou pagar o capital segurado.
- 17.3.** 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.

- 17.3.1.** Sucede a mesma consequência prevista nesta cláusula quando o segurado ou o beneficiário tiver prévia ciência da prática delituosa e não tentar evitá-la.
- 17.3.2.** 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.
- 17.3.3.** 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.
- 17.4.** 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.
- 17.5.** 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.
- 17.6.** A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para proceder à regulação do sinistro e manifestar sobre a cobertura a partir da data de apresentação da reclamação ou do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhados de todos os documentos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura, arrolados em cada cobertura.
- 17.7.** Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nestas Condições Gerais, inclusive informações ou esclarecimentos complementares.
- 17.8.** A seguradora ou o regulador do sinistro poderão solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado.
- 17.9.** 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.
- 17.3.4.** Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 17.3 e 17.3.1, a Seguradora pagará multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 3,5% (três e meio por cento) 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.
- 17.3.5.** 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.

17.3.6. 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.

17.3.7. 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.

17.3.8. 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.

17.3.9. 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.

17.10. Junta Médica

17.4.1. 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.

17.4.2. 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.

17.4.3. 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.

17.11. Perícia da Seguradora

17.5.1. 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.

17.5.2. 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.

17.5.3. 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 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 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 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.

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

19.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea a) do subitem 19.1 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.

19.4. 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.

19.5. 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.

19.6. 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 .

19.7. 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.

19.8. 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 - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

20.1. 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 21ª - PRESCRIÇÃO

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

CLÁUSULA 22ª - FORO

22.1. 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 (MA)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, conforme estabelecido no item 11 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.

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 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

CLÁUSULA 3ª - CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice 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 - 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.

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.

a. Cópia Simples

a1. Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;

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

a3. Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

b. Cópia Autenticada

b1. Certidão de Óbito;

b2. Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital 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;

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

CLÁUSULA 6ª - 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

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 12 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.

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
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

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE - CONTINUAÇÃO	
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	3
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
de 3 (três) centímetros	6

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 na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice 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 - 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.

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:

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

a1. 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 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

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.

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 4. (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 são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice 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 - 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.

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:

- 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 6ª - RATIFICAÇÃO

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