



CONDIÇÃO GERAL

SEGURO MODULAR DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Ramo – 0982

AIG Seguros Brasil S.A.

Processo SUSEP nº:15414.004109/2006-25

Sumário

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES.....	3
2. APRESENTAÇÃO	3
3. ESTRUTURA DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO	3
4. GLOSSÁRIO	4
5. OBJETIVO DO SEGURO	8
6. RISCOS COBERTOS	8
7. GARANTIAS DO SEGURO	9
8. RISCOS EXCLUÍDOS	10
9. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	14
10. CARÊNCIA	16
11. FRANQUIA	17
12. CONTRATAÇÃO.....	17
13. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	18
14. VIGÊNCIA.....	19
15. RENOVAÇÃO	20
16. CAPITAL SEGURADO.....	21
17. ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO	21
18. PAGAMENTO DE PRÊMIO	21
19. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	23
20. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	25
21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	26
22. JUNTA MÉDICA.....	28
23. PERÍCIA DA SEGURADORA.....	28
24. PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS.....	29
25. PERDA DE DIREITOS	29
26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	30
27. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA.....	32
28. ALTERAÇÃO DA APÓLICE	33
29. COMUNICAÇÕES	33
30. PRESCRIÇÃO	33
31. OUVIDORIA.....	34
32. FORO	34

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.
- 1.2. O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 1.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 1.4. As condições gerais e especiais deste produto protocolizadas pela sociedade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante do certificado de seguro.

2. APRESENTAÇÃO

- 2.1. Apresentamos a seguir as Condições Gerais do Seguro Modular de Acidentes Pessoais Coletivo, que estabelecem as normas de funcionamento das garantias contratadas.
- 2.2. Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas somente as condições correspondentes às garantias aqui previstas, contratadas e discriminadas na apólice de seguro, desprezando-se quaisquer outras.
- 2.3. Para os casos não previstos nestas condições, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

3. ESTRUTURA DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO

As condições contratuais deste seguro apresentam-se em duas partes assim determinadas: **Condições Gerais e Condições Especiais**.

- 3.1. Condições Gerais são as cláusulas comuns a todas as garantias e/ou modalidades desta apólice de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos do segurado, da seguradora, dos beneficiários e do estipulante.
- 3.2. Condições Especiais são as cláusulas relativas às garantias deste plano de seguro, onde são descritos os riscos cobertos e os riscos não cobertos em cada garantia.
- 3.3. Condições Contratuais é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, do contrato e da Apólice.

4. GLOSSÁRIO

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.

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

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) De maneira complementar ao aqui exposto, para as garantias **Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária**, e **Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença**, "**ACIDENTE PESSOAL**" significa também uma lesão corporal que impede o segurado de exercer sua principal ocupação profissional, e para a qual o segurado estiver recebendo tratamento médico, respeitando-se as exclusões constantes no item c.3, abaixo.

c) **excluem-se do conceito de ACIDENTE PESSOAL:**

c.1) 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;

c.2) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões

classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares 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 póstratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

c.4) 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;

- 4.2. **APÓLICE:** documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.
- 4.3. **AUTÔNOMO:** É todo aquele que exerce sua atividade profissional sem vínculo empregatício e por conta própria e com assunção de seus próprios riscos
- 4.4. **AVISO PRÉVIO:** Para fins deste seguro, é a comunicação da data de rescisão do contrato de trabalho feita pelo empregador ao empregado. Não será considerado como Aviso Prévio, a comunicação da data de rescisão do contrato de trabalho feita pelo empregado.
A cópia do aviso prévio será exigida para fins de avaliação de sinistros.
- 4.5. **APOLICE MESTRE:** É a apólice de seguros que cobre um grupo de segurados.
- 4.6. **BENEFICIÁRIO:** pessoa física ou jurídica designada para receber o valor da indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- 4.7. **CAPITAL SEGURADO:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, no caso de ocorrência de sinistro.
- 4.8. **CERTIFICADO INDIVIDUAL:** documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.
- 4.9. **CARÊNCIA:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados. A Carência de cada cobertura, quando aplicável, constará no Contrato, certificado individual, proposta de contratação e na proposta de adesão.
 - 4.9.1. Nos casos de Perda De Renda Por Incapacidade Física Total e Temporária por doença e/ou Perda Involuntária De Emprego, a carência corresponderá ao período composto pelo número de dias contados a partir da data do início da vigência, no qual o segurado não terá cobertura. O período de carência constará no respectivo certificado individual.

4.9.2. Não haverá carência para Perda de Renda Por Incapacidade Física Total e Temporária decorrente de Acidente Pessoal.

- 4.10. CONTRATO:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.
- 4.11. DIAGNÓTISCO:** é a qualificação de um Médico em relação a uma doença ou condição física com base nos sintomas observados.
- 4.12. DOENÇA:** Distúrbio das funções de um órgão ou do organismo como um todo, que está associado a sinais ou sintomas específicos que impeçam o segurado de realizar a sua ocupação profissional e para o qual o segurado esteja recebendo tratamento médico.
- 4.13. DOENÇA PREEXISTENTE:** é a doença de conhecimento do segurado e não declarada na Proposta de Adesão.
- 4.14. DOLO:** é um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.
- 4.15. EMPREGADO EM TEMPO INTEGRAL:** É o trabalhador com contrato de trabalho regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho – que tenha jornada mínima semanal de 30 horas.
- 4.16. ESTIPULANTE:** é a pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguro de plano coletivo, ficando investida dos poderes de representação dos segurados, nos termos da legislação e da regulamentação em vigor.
- 4.17. EVENTO COBERTO:** é o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais.
- 4.18. EVENTO PRAZO CURTO:** é o evento realizado pelo estipulante, por prazo curto e determinado, com local definido e para o qual a cobertura do seguro é contratada.
- 4.19. FRANQUIA:** é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. **A franquia é deduzida por evento.**

- 4.19.1.** Para as garantias de Perda de Renda Incapacidade Física Total e Temporária e Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença, a Franquia corresponderá ao número de dias, contados a partir da data do acidente ou do diagnóstico da doença do segurado, em que o segurado deva permanecer incapaz antes que tenha elegibilidade para qualquer benefício mensal. A respectiva Franquia será

determinada no certificado, respeitados os limites das condições especiais da referida garantia.

- 4.19.2. Para a garantia de Perda Involuntária de Emprego (“PIDE”), a Franquia corresponderá ao número de dias, contados a partir da data de desemprego do segurado, conforme definido do Aviso Prévio, em que ele deva permanecer desempregado antes que tenha elegibilidade para qualquer benefício mensal. A Franquia será determinada no certificado, respeitados os limites das condições especiais da referida garantia.**
- 4.20. FRANQUIA DEDUTÍVEL:** é o valor ou percentual que representa a participação obrigatória do segurado nas indenizações em cada sinistro.
- 4.21. GARANTIAS:** são as obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas condições gerais.
- 4.22. GRUPO SEGURADO:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
- 4.23. GRUPO SEGURÁVEL:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 4.24. HOSPITAL:** é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes.
- 4.24.1. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora.**
- 4.25. INDENIZAÇÃO:** é o valor a ser pago pela seguradora ao segurado, ou a seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.
- 4.26. MÉDICO:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado.
- 4.27. PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO:** É a rescisão do contrato de trabalho do segurado, mutuário, titular do cartão ou cliente por tempo indeterminado, regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, de forma unilateral pelo empregador, que não tenha sido motivada pelo segurado, que não decorra de justa causa e que tenha por consequência a cessação do pagamento do seu salário pelo seu empregador ou por qualquer outro motivo que não os mencionados nas exclusões da apólice.
- 4.28. PERDA DE RENDA:** Quando o segurado, em decorrência de incapacidade física total e temporária por acidente ou doença, passa a não receber qualquer forma de renda oriunda de sua atividade profissional.

- 4.29. PRÊMIO:** é o valor pago à seguradora para que esta assuma os riscos cobertos pelo seguro.
- 4.30. PROFISSIONAL LIBERAL:** aquele que exerce com independência ou autonomia profissão ligada à aplicação de seus conhecimentos técnicos e para a qual possua diploma legal que o autorize ao exercício da respectiva atividade, sendo para efeito deste seguro o profissional liberal que trabalha por conta própria, recolhendo os impostos devidos.
- 4.31. PROPONENTE:** o interessado em aderir ao contrato.
- 4.32. PROPOSTA DE ADESÃO:** é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 4.33. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO:** é o documento mediante o qual o estipulante expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as garantias e capitais segurados propostos e manifestando pleno conhecimento e concordância com os termos estabelecidos nas condições contratuais.
- 4.34. SEGURADO:** é a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 4.35. SEGURO CONTRIBUTÁRIO:** seguro no qual o pagamento do prêmio é pago parcial ou totalmente pelo segurado.
- 4.36. SEGURO NÃO-CONTRIBUTÁRIO:** seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do estipulante.
- 4.37. SINISTRO:** é a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência da apólice.
- 4.38. VIGÊNCIA:** é o período pelo qual está contratado o seguro.

5. OBJETIVO DO SEGURO

- 5.1.** Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ou reembolso ao próprio segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos**, desde que respeitadas às condições contratuais.

6. RISCOS COBERTOS

- 6.1.** Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles definidos nas condições especiais que fazem parte integrante e inseparável deste contrato.

7. GARANTIAS DO SEGURO

7.1. Este seguro oferece um total de 37 (trinta e sete) garantias:

- Morte Acidental – **MA**
- Morte Acidental em Evento de Curto Prazo – **MAEPC**
- Morte Acidental decorrente de Roubo – **MAR**
- Morte Acidental em Atividade Laborativa Regular – **MAL**
- Morte Acidental por Vítima de Crime – **MACR**
- Morte Acidental Diferenciada ocorrida em veículo particular ou pedestre – **MAD**
- Morte Acidental ocorrido em Transporte Público Autorizado – **MATPU**
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – **IPA**
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto- **IPAEPC**
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de Roubo- **IPAR**
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Atividade Laborativa Regular – **IPALAB**
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por vítima de Crime – **IPACR**
- Invalidez Permanente Total ou Parcial Diferenciada por Acidente ocorrido em veículo particular ou pedestre – **IPAD**
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Público Autorizado – **IPATPU**
- Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por acidente – **DMHO**
- Despesas Médicos Hospitalares e Odontológicas por acidente em eventos prazo curto – **DMHOEPC**
- Diária por Internação Hospitalar por Acidente – **DIHA**
- Diária por Internação Hospitalar em UTI por Acidente – **DIHUA**
- Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – **DIHAD**
- Diária por Internação Hospitalar em UTI por acidente ou doença – **DIHUAD**
- Diária por Internação Hospitalar por Roubo – **DIHR**
- Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – **DIT**
- Diária por Incapacidade Temporária por acidente ou doença – **DITAD**
- Invalidez Permanente Total por Acidente – **IPTA**
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – **IFPD**
- Doenças Graves – **DG**
- Doença congênita de filhos – **DC**
- Bagagem – **BAG**
- Auxílio-Funeral por Morte Acidental – **AF**
- Queimaduras Graves – **QG**
- Fratura de ossos – **FO**
- Perda de Visão por Acidente – **PVA**
- Perda de Visão por Doença – **PVD**
- Prótese Ocular por Acidente – **POA**
- Perda Involuntária de Emprego – **PIDE**
- Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por acidente – **ITT**
- Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por acidente ou doença – **ITTAD**

7.2. Cláusulas Suplementares:

- Inclusão Facultativa de Cônjuges – IFC
- Inclusão Facultativa de Filhos – IFF

7.3. Condições para contratação das garantias:

- a) As garantias são livremente escolhidas pelo Estipulante, observados os limites estabelecidos para a contratação;
- b) Deverá ser contratada, **obrigatoriamente**, pelo menos uma das seguintes garantias básicas: **MA, IPA, MAD, IPAD, MAEPC, IPAEP, MAR e IPAR**;
- c) A garantia **AF** somente poderá ser contratada se for contratada a garantia **MA** e/ou **MAEPC** e/ou **MAR**;
- d) A garantia **BAG** somente poderá ser contratada se for contratada também a garantia **MAD** e/ou **IPAD**;
- e) **Em nenhuma hipótese as garantias suplementares do item 7.2 poderão ser contratadas isoladamente;**
- f) As garantias, quaisquer que sejam, serão concedidas para todo o grupo segurado, de acordo com o plano de seguro contratado;
- g) **As garantias ITT, ITTAD e PIDE não são acumulativas para o mesmo segurado. Caso as referidas coberturas sejam contratadas conjuntamente, para efeitos de regulação de sinistro, apenas a cobertura que corresponder a maior parte da renda do segurado será considerada para o pagamento de indenização.**
- h) O objetivo das coberturas de ITT, ITTAD e PIDE é o de proteger o segurado da perda de renda que gere a impossibilidade de fazer um pagamento devido. Detalhes específicos sobre as garantias, incluindo objetivo, elegibilidade, eventos cobertos, indenização, vigência do seguro, abertura de sinistros, e documentos necessários em caso de sinistro são definidos nas condições especiais que são parte integrante e indispensável deste Contrato.
- i) As garantias e os planos escolhidos pelo estipulante serão definidos no contrato.

8. RISCOS EXCLUÍDOS:

8.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO SEGURO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA DE:

- a) **uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) **invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

- c) doença preexistente de conhecimento do segurado e não declarada na Proposta de Adesão, que contribua direta ou indiretamente na caracterização de um evento previsto nestas Condições Gerais;
- d) suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
- f) atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, em caso de seguro contratado por pessoa jurídica;
- g) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento, exceto por absorção de substâncias tóxicas ou por escapamento accidental de gases e vapores, de caráter coletivo ou qualquer outra causa física 11que atinja maciçamente a população;
- h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- j) perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor as condições contratuais do presente seguro;
- k) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;
- l) acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência;
- m) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;
- n) eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 4 destas Condições Gerais;
- o) perda de dentes e danos estéticos;

8.2. Além dos eventos acima descritos como Riscos Excluídos (cláusula 8.1), não haverá pagamento de indenização na garantia de Perda Involuntária de Emprego em caso de:

- a. Faturas vencidas e/ou despesas com mora, a partir do vencimento da obrigação previamente a Perda Involuntária de Emprego;
- b. Compras realizadas na data e a partir da data de notificação da perda do emprego;
- c. Renúncia ou pedido de demissão voluntária do emprego;
- d. Demissão por justa causa;
- e. Pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
- f. Programas de Demissão Voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do Segurado;
- g. Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- h. Segurado que trabalhar como profissional liberal, ou autônomo ou como pensionista.
- i. Qualquer tipo de acordo entre empregado e empregador para terminar o contrato de trabalho;
- j. Funcionários que tenham cargo público eletivo e que, cumulativamente, não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores, secretários e outros de nomeação em Diário Oficial;
- k. Funcionário público, exceto regime CLT;
- l. Campanhas de demissões em massa, entendidas para fins deste seguro como os casos em que empresas demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;
- m. Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- n. Atos ilícitos, dolosos ou contrários à lei praticados pelo segurado para obter vantagens indevidas do seguro;
- o. Quando o vínculo empregatício entre Segurado e empregador (proprietário ou sócio da empresa empregadora) apresentar relação de parentesco envolvendo cônjuge, avós, netos, pais, filhos, irmãos, sobrinhos, tios ou cunhados;
- p. Segurado que estiver afastado por acidente pessoal ou doença da sua função na data da contratação do seguro;
- q. Abandono de emprego por parte do segurado, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT;
- r. Demissão do segurado ocorrida durante o período de carência do seguro;
- s. Perda de um vínculo empregatício quando o segurado tiver mais de um vínculo simultâneo, em empresa distinta, no mesmo período;
- t. Por fusões, falência, recuperação judicial ou extrajudicial ou privatização do empregador;
- u. Prestação de Serviço Militar;
- v. Demissão motivada por guerra, revolução ou assemelhados;
- w. Quando o segurado for membro do conselho de administração da empresa cujo segurado é empregado;
- x. Dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista;

y. Greves ou outras disputas trabalhistas.

8.3. Além dos eventos acima descritos como Riscos Excluídos (cláusulas 8.1 e 8.2), não haverá pagamento de indenização para as garantias de Incapacidade Física Total e Temporária e Incapacidade Física Total e Temporária por acidente e doença, em caso de:

- a. Taxas e encargos devidos;
- b. As compras feitas na data da declaração da incapacidade ou após a mesma;
- c. Condições médicas pré-existentes conforme descrito no item “c” do item 8.1;
- d. Lesões no joelho intra-articular; Entesopatia; Luxação do ombro (acrômio - clavicular ou glenohumeral) e fraturas patológicas;
- e. Lombalgia, radiculopatia, dor ciática e outras neurites; doenças degenerativas da coluna vertebral, com a exceção do tratamento cirúrgico. As condições do sistema nervoso simpático.
- f. Entorses, distensões e contusões;
- g. Transtornos mentais e psiquiátricos;
- h. Lesões e doenças que não requerem atenção médica;
- i. Internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);
- j. Cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- k. O tratamento para a obesidade em suas várias formas, incluindo gastroplastia;
- l. Automutilação;
- m. Atos ilegais, fraudulentos ou contrários ao Direito praticado pelo segurado para obter vantagem indevida do seguro;
- n. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- o. Procedimentos e / ou tratamentos de esterilidade, clínico ou cirúrgico, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e de mudança de sexo e suas consequências, incluindo períodos de convalescença a eles relacionados;
- p. Os tratamentos para a senilidade, geriatria, rejuvenescimento, descanso, recuperação e suas consequências;
- q. Tratamento Dental e ortodôntico de qualquer espécie, exceto quando decorrente de acidente pessoal, o qual tenha ocorrido dentro do prazo do seguro;
- r. As doenças crônicas, mesmo que na fase aguda;
- s. Prática de atos perigosos que não são motivados por necessidade justificada, exceto para os casos que vêm do uso de transporte arriscado, o serviço militar, a prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- t. Eventos causados exclusivamente pela não utilização pelo segurado de equipamentos de segurança exigidos por lei, durante a respectiva atividade.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

9.1. GARANTIAS ÂMBITO GEOGRÁFICO DE CADA COBERTURA:

GARANTIAS	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA
Morte Acidental – MA Morte Acidental Diferenciada ocorrida em veículo particular ou pedestre – MAD Morte Acidental ocorrido em Transporte Público Autorizado – MATPU Morte Acidental em Atividade Laborativa Regular – MAL Bagagem – BAG	A cobertura é válida em todo o globo terrestre.
Perda Involuntária de Emprego – PIDE Perda de Renda por Incapacidade Total e Temporária por acidente – ITT Perda de Renda por Incapacidade Total e Temporária por acidente ou doença – ITTAD	O segurado deverá exercer suas atividades laborativas em território nacional e a cobertura se dará durante as 24 horas do dia. O diagnóstico de PERDA DE RENDA por incapacidade deverá ser feito em território brasileiro, sendo válido a partir do início de vigência do certificado, respeitando-se a carência e franquia correspondente.
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Atividade Laborativa Regular – IPALAB Doenças Graves – DG Doença congênita de filhos – DC Perda de Visão por Acidente – PVA Perda de Visão por Doença – PVD Queimaduras Graves – QG Prótese Ocular por Acidente – POA Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA	A cobertura é válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre. Sendo válido a partir do início de vigência do certificado, respeitando-se a carência e franquia correspondente.

Invalidez Permanente Total ou Parcial Diferenciada por Acidente ocorrido em veículo particular ou pedestre – IPAD

Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – DIT

Fratura de ossos – FO

Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD

Diária por Incapacidade Temporária por acidente ou doença – DITAD

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Público Autorizado – IPATPU

Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por acidente – DMHO

Auxílio-Funeral por Morte Acidental – AF

A cobertura é válida somente para as despesas em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

Diária por Internação Hospitalar por Acidente – DIHA

Diária por Internação Hospitalar em UTI por Acidente – DIHUA

Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIHAD

Diária por Internação Hospitalar em UTI por acidente ou doença – DIHUAD

A cobertura é válida somente para a internação em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

Morte Acidental em Evento de Curto Prazo – MAEPC

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto - IPAEPC

Despesas Médicos Hospitalares e Odontológicas por acidente em eventos prazo curto – DMHOEPC

A cobertura é válida somente se o acidente causador do evento coberto ocorrer dentro do local do Evento Prazo Curto, e o local do Evento Prazo Curto em território brasileiro.

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de Roubo- IPAR

Morte Acidental decorrente de Roubo – MAR

Diária por Internação Hospitalar por Roubo – DIHR

Morte Acidental por Vítima de Crime – MACR

As coberturas são válidas para o diagnóstico da invalidez ou a internação hospitalar, respectivamente, em território brasileiro, porém o roubo ou tentativa de roubo causador do

10. CARÊNCIA

10.1 Não haverá carência para nenhuma cobertura deste seguro, exceto nos seguintes casos:

10.1. Suicídio ou sua tentativa: quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão ao seguro, ou da sua recondução depois de suspenso ou para os casos de Perda Involuntária de Emprego e Incapacidade Total e Temporária;

10.2. Perda Involuntária de Emprego - PIDE: para esta cobertura haverá carência de 31 (trinta e um) dias, contados da data de adesão do seguro. Durante o período de carência não haverá cobertura securitária.

10.2.1. As outras coberturas de acidentes pessoais serão regidas conforme as condições contratuais e certificado, ora correspondentes.

10.2.2. Depois do pagamento do sinistro o seguro e todos os seus efeitos de cobertura serão encerrados.

10.2.3. Tendo o segurado interesse em contratar nova apólice, ele deverá se tornar elegível para a nova contratação, atendendo as respectivas condições de elegibilidade, dispostas nas condições especiais.

10.2.3.1. Para uma nova contratação, o segurado está elegível a um novo período de carência será aplicado.

10.3. Perda de Renda por Incapacidade Total e Temporária por acidente ou doença – ITTAD: Para esta garantia, a carência somente será aplicável no caso de doença. Neste sentido, em caso de doença, conforme especificado nas condições especiais, haverá um período de carência de até 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de vigência do seguro. Durante o período de carência qualquer evento ocorrido não terá cobertura securitária. O período de carência estará descrito no respectivo certificado.

10.3.1. As outras coberturas de acidentes pessoais serão regidas conforme as condições contratuais, e certificado, ora correspondentes.

10.3.2. Depois do pagamento do sinistro o seguro e todos os seus efeitos de cobertura serão encerrados.

10.3.3. Tendo o segurado interesse em contratar nova apólice, ele deverá se tornar elegível para a nova contratação, atendendo as respectivas condições de elegibilidade, dispostas nas condições especiais,

- 10.4.** Em caso de renovação da apólice o segurado não estará sujeito a um novo período de carência em nenhuma das garantias contratadas.
- 10.5.** Em todas as 37 (trinta e sete) coberturas, no evento do segurado não pagar o prêmio por mais de 3 (três) meses consecutivos, o seguro será automaticamente cancelado e não será reativado.
- 10.6.** Caso o segurado estiver interessado em contratar a cobertura novamente, para todos os efeitos, ele será considerado um novo proponente, inexistindo qualquer relação com a cobertura anterior, e neste caso, um novo período de carência será aplicável.

11. FRANQUIA

11.1. Perda Involuntária de Emprego - PIDE: A franquia estabelecida para esta garantia será de no **máximo 60 (sessenta) dias** consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data do desemprego involuntário do segurado ou da informação do dia do aviso prévio, o que vier primeiro, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula 10.2. O prazo de franquia estará estabelecido no certificado.

11.1.1. Não haverá cobertura para dívida ou compromisso vencido durante o período de franquia estabelecido.

11.2. Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por acidente – ITT e Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por acidente ou doença – ITTAD: A franquia estabelecida para esta garantia será de no **máximo 15 (quinze) dias**, consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data da incapacidade física total e temporária do segurado, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula 10.3.

11.2.1. Não haverá cobertura securitária para dívida ou compromisso vencido durante o período de franquia estabelecido.

11.3. Não será estabelecida franquia para as coberturas de morte e invalidez.

12. CONTRATAÇÃO

12.1. A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo Estipulante na Proposta de Contratação. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

- 12.2.** Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na Proposta de Contratação, o Estipulante deverá solicitar à seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão da mesma, a correção da divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto na apólice.
- 12.3.** Para que o proponente seja elegível à contratação do seguro deverá atender, simultaneamente, às seguintes condições:
- a) ter idade, na data da adesão ao seguro, entre as idades-limite mínima e máxima para contratação que serão definidas no contrato;
 - b) estar em plena atividade de suas funções e perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.
- 12.4.** No ato da contratação será obrigatório o preenchimento e a assinatura, pelo proponente, da Proposta de Adesão ao seguro, que será encaminhada à seguradora para análise de sua aceitação. Caberá à seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 12.5.** As Condições Contratuais do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva Proposta de Adesão, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros, assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das Condições Contratuais.
- 12.6.** Para fins deste seguro e de acordo com a opção definida na Proposta de Contratação e constante nas Condições Contratuais o custeio poderá ser:
- a) Não Contributário, em que os Segurados não pagam prêmio, ou;
 - b) Contributário, em que os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente.

13. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 13.1.** A seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias corridos para aceitar ou recusar o risco, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, seja para seguros novos ou para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos ou ainda para as renovações.
- 13.2.** Caso a seguradora solicite documentos complementares para análise do risco, o que poderá ser feito apenas uma vez, este prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil após a data em que se der a entrega desses documentos.
- 13.3.** A ausência de comunicação da seguradora, por escrito, no prazo previsto no item 13.1, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

- 13.4.** Caso o seguro venha a ser recusado, dentro do prazo estipulado, a seguradora enviará uma correspondência ao segurado ou ao seu corretor, especificando os motivos da recusa.
- 13.5.** Na hipótese em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos sujeitam-se a atualização monetária pela variação positiva do Índice de Preço ao Consumidor Ampliado (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir da formalização da recusa até a data efetiva da restituição pela seguradora, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.
- 13.6.** Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o **Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE)** ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.
- 13.7.** A aceitação do risco implicará na emissão, pela seguradora, do Certificado do Seguro, o qual será entregue ao segurado contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada garantia contratada e o prêmio total.
- 13.8.** Caso seja contratada cobertura para segurados dependentes, com a Inclusão Facultativa de Cônjuges e/ou a Inclusão Facultativa de Filhos, o certificado individual será entregue ao segurado principal contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes, os capitais segurados de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes e o prêmio total.

14. VIGÊNCIA

- 14.1.** O início e o término de vigência da apólice serão às 24 (vinte e quatro) horas das datas expressamente acordadas entre as partes e indicadas na apólice.
- 14.2.** O início da vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data da aceitação da Proposta de Adesão, quando não houver pagamento de prêmio. Nos casos em que houver a antecipação parcial ou total do prêmio, o início da vigência será às 24 (vinte e quatro) horas da data da recepção da proposta pela seguradora.
- 14.3.** O término de vigência do risco individual ocorrerá às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim indicada no Certificado do Seguro, ou no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.
- 14.4. Especificamente para as coberturas de Morte Acidental em Evento Prazo Curto, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto e Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas em Evento Prazo**

Curto, se contratadas, o início e o término da vigência da apólice e do risco individual será indicado no contrato.

15. RENOVAÇÃO

- 15.1.** A apólice é emitida pelo prazo determinado no contrato e poderá ser renovada automaticamente, por igual período, **uma única vez, caso não haja expressa desistência do Estipulante ou da seguradora até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência.** As renovações posteriores ocorrerão somente mediante expressa solicitação do estipulante e desde que não implique em ônus ou dever para os segurados, ou redução de seus direitos.
- 15.2.** No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, a cobertura de cada segurado cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.
- 15.3.** Na renovação da apólice será emitido pela seguradora o Certificado do Seguro, contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada garantia contratada e o prêmio total.
- 15.4.** Caso seja renovada cobertura para segurados dependentes, o certificado individual será entregue ao segurado principal contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes, os capitais segurados de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes e o prêmio total.
- 15.5.** Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do grupo segurado.
- 15.6.** Anualmente será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo.
- 15.7.** **Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.**
- 15.8.** **Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.**

16. CAPITAL SEGURADO

- 16.1. O capital segurado contratado para cada garantia constará no Certificado do Seguro e é o valor que corresponde à importância máxima a ser paga ou reembolsada pela seguradora, na ocorrência de evento coberto pela apólice, e será expresso em moeda corrente nacional.

17. ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

- 17.1. Os valores de capitais segurados e prêmios, mencionados nas condições contratuais e referentes às garantias contratadas pelo segurado, serão atualizados anualmente, com base na variação acumulada do índice IPCA/IBGE.
- 17.2. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.
- 17.3. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o **Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE)** ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

18. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 18.1. Para garantir seu direito à cobertura, o Estipulante deverá efetuar o pagamento do prêmio do seguro até a data de vencimento.
- 18.2. O prêmio do seguro poderá ser pago mensal ou anualmente durante o período de vigência da apólice e a forma e a periodicidade de cobrança deste seguro serão estabelecidas no ato da contratação.
- 18.3. Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o estipulante poderá efetuar o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias.
- 18.4. Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, este poderá ser pago até 75º dia posterior ao vencimento da fatura em atraso, e será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança de prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiários(s).
- 18.5. O pagamento do prêmio realizado no período de até 90 (noventa) dias após o seu vencimento será efetuado pelo valor do prêmio vencido, acrescido de multa de 2% (dois por cento) mais juros de mora de 1% (um por cento) ao mês,

calculados em base pro rata die, da data de vencimento até a data do efetivo pagamento.

- 18.6.** A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao estipulante, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação dos faturamentos do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato, que será efetuado ainda que o estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.
- 18.7.** Decorrido o prazo definido no parágrafo 18.5 e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reativada. Havendo interesse do segurado, deverá ser contratado um novo seguro, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento. Neste caso não caberá qualquer restituição dos prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.
- 18.8.** Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de um faturamento mensal não quita nem dá direito ao segurado à cobertura do seguro se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.
- 18.9.** O estipulante obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição de tal correspondência.
- 18.10.** Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos, atualizados segundo a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando o período, pro rata temporis, em que vigorou a cobertura.
- 18.11.** No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos às atualizações monetárias a partir da data de recebimento, até a data da devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE.
- 18.12.** Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o **Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE)** ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.
- 18.13.** De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do contrato, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.
- 18.14.** Nos seguros em que a forma de custeio for contributária, se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do Seguro,

respondendo a Seguradora, até o cancelamento da apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

- 18.15.** Para as apólices que contenham as garantias de Perda Involuntária de Emprego ou Perda de Renda por Incapacidade Total e Temporária por acidente **haverá revisão de prêmio anual, onde os novos prêmios mensais poderão sofrer alterações.** Estas eventuais alterações nos prêmios mensais, oriundas de revisão, serão comunicadas ao segurado no momento da renovação do seguro.
- 18.16.** No evento em que um sinistro ocorrido seja submetido para análise e seja efetivamente indenizado, o prêmio não será mais cobrado, e o seguro e todos os seus efeitos de cobertura estarão encerrados.
- 18.17.** Os sinistros que forem negados ou encerrados sem pagamento de indenização, não ocasionarão o cancelamento do seguro. Neste caso, para continuar contando com cobertura securitária vigente, eventuais prêmios devidos deverão ser pagos.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

- 19.1.** A apólice poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante acordo entre a seguradora e o estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago, e com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- 19.1.1.** Neste caso, a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “pro-rata-temporis”.
- 19.1.2.** Neste evento, o prêmio a ser devolvido será corrigido pelo índice IPCA/IBGE, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa do segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.
- 19.1.3.** Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.
- 19.2.** Na falta de pagamento do prêmio, conforme o item 18.5 destas condições gerais, a apólice será cancelada automaticamente pela seguradora, caso o seguro seja não contributivo.
- 19.3.** As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência do seguro, pela Seguradora, sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

19.4. No caso de cancelamento total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

- I. a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;**
- II. quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de cancelamento a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no § 4º do art. 46 da Circular SUSEP 302 de 2005.**

19.5. A cobertura de qualquer garantia contratada termina:

- a) no final do prazo de vigência da apólice coletiva, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;**
- b) Em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Gerais;**
- c) Por falta de pagamento do prêmio, conforme o item 18.5 destas Condições Gerais, caso o seguro seja contributivo;**
- d) Com a exclusão do segurado da apólice pelo pagamento da indenização por Morte;**
- e) Com a exclusão do segurado da apólice pelo pagamento da indenização por Invalidez Permanente Total;**
- f) Com a cessação do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago;**
- g) Quando o segurado, mediante solicitação por escrito à seguradora, requerer o cancelamento do seguro.**

19.6. Além dos eventos acima, na cláusula 19.6, para as coberturas de Perda Involuntária de Emprego e Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença, todas as coberturas e benefícios da apólice se encerrarão automaticamente quando da ocorrência de qualquer um dos eventos abaixo, o que ocorrer primeiro:

- a) Na data de encerramento do sinistro onde houve pagamento da indenização, o seguro será cancelado. O segurado deverá obter novamente as condições de elegibilidade para um pleitear a um novo período de cobertura, inexistindo relação com a apólice anterior;**
- b) Na data em que o segurado atingir 65 (sessenta e cinco) anos de idade o seguro será cancelado. No entanto, se o segurado estiver recebendo a indenização mensal e atingir 65 anos, o sinistro continuará a ser indenizado até o final do período definido no certificado, mas a cobrança de prêmios**

mensais cessa aos 65 (sessenta e cinco) anos. Após término do pagamento da indenização, a apólice será encerrada;

- c) Na data da aposentadoria permanente;
- d) Na data da morte;
- e) Após de 90 dias contados a partir da data de vigência, caso o segurado não pagar o prêmio devido;
- f) Na data em que o segurado perder seus direitos de acordo com o item 25 das Condições Gerais;
- g) Na data em que o segurado cancelar o seguro, tal como estabelecido sob os termos desta apólice;
- h) Após o tomador realizar o cancelamento do contrato de empréstimo ou do cartão de crédito, por qualquer que seja o motivo;
- i) Caso o cartão de crédito ou contrato de empréstimo não forem renovados, ou caso sejam encerrados antecipadamente por parte do titular do cartão de crédito;
- j) Caso ocorra o cancelamento da apólice mestre.

20. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

20.1. Ocorrendo um evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo estipulante, segurado, beneficiário ou seu representante, conforme especificado no contrato.

20.2. Para o Aviso de Sinistro, o beneficiário do segurado, ou o próprio segurado, deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

a) Do segurado:

- RG
- CPF
- Certidão de Nascimento ou Casamento
- Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela seguradora, o qual deverá ser preenchido pelo segurado ou seu beneficiário e o médico assistente do segurado.

b) Do(s) beneficiário(s):

- Pais: RG e CPF do segurado;
- Cônjuge: Certidão de Casamento, RG e CPF;
- Companheira (o): RG e CPF e comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS;
- Filhos: Certidão de Nascimento e RG, sendo que:
 - I. Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;
 - II. Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento

de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

- c) **Deverá ser entregue ainda a documentação por tipo de ocorrência, constante das Condições Especiais das garantias contratadas.**
- d) **A Seguradora se reserva no direito de solicitar qualquer outro documento que se faça necessário para análise e conclusão do processo.**

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 21.1. Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências pela mesma determinadas.**
- 21.2. Todos os pagamentos de indenizações referentes a esse seguro serão efetuados no Brasil e em moeda nacional.**
- 21.3. Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da seguradora.**
- 21.4. O ressarcimento de despesas efetuadas no exterior, quando devido, 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.**
- 21.5. A seguradora após receber o aviso de sinistro e os respectivos documentos, verificará se o evento ocorrido é um risco coberto e, portanto, se o segurado ou o beneficiário tem direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da indenização, sob a forma de parcela única.**
- 21.6. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como **data do evento**, quando da liquidação dos sinistros:**
 - I. às garantias **MA, MAD, MATPU, MAL, IPALAB, ITT, PVA, QG, POA, IPTA, IPA, IPAD, DIT, FO, IPATU, DMHO, DIHA, DIHUA, DIHUAD, MAEPC, IPAEP, DMHOEPC, IPAR**, definidas nas condições especiais: a data do acidente;
 - II. às garantias **DG, DC, PVD**: a data do diagnóstico da doença;
 - III. às garantias **ITTAD, DIHAD, DIHUAD**: a data do acidente ou do diagnóstico da doença;
 - IV. à garantia **PIDE**: a data da perda do emprego conforme definido no Aviso Prévio;
 - V. à garantia de Bagagem: a data da notificação à companhia transportadora, constante do informe de irregularidade, preenchido antes do Segurado deixar o local de desembarque;
 - VI. à garantia de Auxílio-Funeral por Morte Acidental: a data do falecimento.

- 21.7.** O prazo para o pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos nestas Condições Gerais e Especiais. No caso de solicitação de documentos e/ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável, este prazo será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.
- 21.8.** Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização estará sujeito à aplicação de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.
- 21.9.** Os valores das indenizações de sinistros ficam sujeitos à atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, a partir da data de ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.
- 21.10.** Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o **Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE)** ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.
- 21.11.** No caso de segurados menores de idade, a indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial será paga conforme a seguir:
- a. para segurados com idade entre 14 (catorze) e 16 (dezesesseis) anos - a indenização será paga em nome do segurado, devidamente representado em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o segurado será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;
 - b. para segurados com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos, a indenização será paga em nome do segurado, devidamente assistido em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o segurado será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.
- 21.12.** Em caso de ocorrência de Invalidez Permanente Total por Acidente ou Invalidez Permanente Total por Acidente Diferenciada, seguida de morte do segurado em consequência do mesmo acidente, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da indenização, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula Beneficiária constante do item 27.2 destas Condições Gerais.
- 21.13.** As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização devida para a garantia de Morte, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente.

21.14. As coberturas previstas por este Seguro se extinguem pela ocorrência de um eventual sinistro e caso haja cobrança e/ou pagamento de prêmio após a data de aviso do sinistro, os valores de prêmios pagos, serão devolvidos devidamente atualizados conforme Item 23. Pagamento de Atualização Monetária e Juros, **com exceção** da Garantia de Invalidez **Parcial** por Acidente, cuja reintegração do capital segurado será automática após cada acidente, sem a cobrança de prêmio adicional.

21.15. Detalhes específicos sobre sinistros, por tipo de ocorrência será incluída nas Condições Especiais das garantias contratuais.

22. JUNTA MÉDICA

22.1. Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, será proposta pela seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de três membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

22.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

22.3. 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.

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

22.5. Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

23. PERÍCIA DA SEGURADORA

23.1. Em todas as notificações de internação hospitalar do segurado poderão ser realizadas perícias médicas comprobatórias do enquadramento do evento e do número de dias de internação hospitalar, e análise das despesas médico-hospitalares e odontológicas.

23.2. O segurado, ao propor sua adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

- 23.3. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

24. PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

- 24.1. Os valores das obrigações pecuniárias referentes a este Seguro sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do **Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE)**, desde a data do evento, na hipótese de não cumprimento do prazo para o respectivo pagamento.
- 24.2. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação, e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação.
- 24.3. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o **Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE)** ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.
- 24.4. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

25. PERDA DE DIREITOS

- 25.1. O segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando:
- a) deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;
 - b) agravar intencionalmente o risco segurado;
 - c) por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o segurado, seus propostos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e/ou seu representante legal procurar obter benefícios do presente contrato;
 - d) fizer declarações inexatas, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

- I. na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível;
 - II. na hipótese de ocorrência de sinistro, sem indenização integral: 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, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado;
 - III. na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível;
- e) deixar de comunicar imediatamente à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé;
 - f) deixar de participar o sinistro à seguradora, tão logo tome conhecimento, e não adotar as providências imediatas para minorar suas consequências;
 - g) o sinistro decorrer de dolo do segurado, má fé, fraude e/ou simulação.

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

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

25.4. Na hipótese de continuidade do contrato, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

26.1. São obrigações do estipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;

- b) manter a seguradora informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar o nome da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- h) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

26.2. É expressamente vedado ao estipulante e ao sub-estipulante, nos seguros contributários:

- a) cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;
- b) rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e d) vincular a contratação de seguros a

qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

27. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

27.1. Os beneficiários em caso de Morte Acidental, Morte Acidental em Evento de prazo curto, Morte Acidental decorrente de Roubo, Morte Acidental em Atividade Laborativa Regular, Morte Acidental por Vítima de Crime, Morte Acidental Diferenciada ocorrida em veículo terrestre particular ou pedestre e Morte Acidental ocorrida em Transporte Público autorizado:

27.1.1. A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito e que deverá ser mantida em poder do estipulante.

27.1.2. Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um.

27.1.3. Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o capital segurado ao antigo beneficiário designado.

27.1.4. Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.

27.1.5. A falta de indicação expressa de beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei:

- a) Para segurado casado ou em união estável, 50% ao cônjuge ou companheiro (a) devidamente reconhecido (a) na forma da lei, se houver, e 50% aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária;
- b) Na falta dos herdeiros legais, será pago 100% da indenização ao cônjuge ou companheiro (a) devidamente reconhecido (a) na forma da lei;
- c) Na falta do cônjuge ou companheiro (a), devidamente reconhecido (a) na forma da lei, será pago 100% da indenização aos herdeiros legais do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária;
- d) Na falta de cônjuge, companheiro (a) devidamente reconhecido (a) na forma da lei, e de herdeiros legais, respeitada a ordem de vocação hereditária, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

27.2. Beneficiários em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total por Acidente, Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, Diária por Internação Hospitalar, Diária por Incapacidade Temporária, Bagagem, Doenças Graves, Doença congênita de filhos,

Queimaduras Graves, Fratura de Ossos, Perda de Visão e Prótese Ocular por Acidente:

27.2.1. Nestas garantias, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade.

27.2.2. Na eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com o item 27.1 desta cláusula beneficiária.

27.3. O beneficiário em caso de Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária, Perda de Renda por Incapacidade Total e Temporária por acidente ou doença, e Perda Involuntária de Emprego será o estipulante do qual o segurado adquiriu a dívida.

28. ALTERAÇÃO DA APÓLICE

28.1. Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo estipulante, ou por corretor de seguros habilitado, e receber concordância de ambas as partes contratantes.

28.2. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

28.3. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nestas condições gerais, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

29. COMUNICAÇÕES

29.1. As comunicações do segurado ou estipulante deverão ser feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da seguradora ou via Central de Atendimento. As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na Apólice.

29.2. As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado ou estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do estipulante.

30. PRESCRIÇÃO

30.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

31. OUVIDORIA

- 31.1.** A AIG está comprometida em sempre oferecer o melhor nível de serviço aos seus clientes.

Assim, colocamos à sua disposição a **Ouvidoria AIG**, um canal que atende as manifestações registradas sob a forma de reclamações, denúncias, sugestões, críticas e elogios.

A indicação da Ouvidoria se dá para casos em que os clientes não encontrem solução satisfatória apresentada ao contatar o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) e possuam o número de protocolo recebido.

Você pode contatar a **Ouvidoria AIG** por:

- Telefone – 0800 724 0219 (segunda à sexta-feira, das 9 às 18h)
- Email: ouvidoria@aig.com

32. FORO

- 32.1.** Fica eleito o foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.
- 32.2.** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes contratantes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item 32.1.

CONDIÇÃO ESPECIAL GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL

1. GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL

A cobertura de Morte Acidental garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do segurado causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e observadas as condições contratuais deste seguro.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e;
- b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados no item 8 – RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 19.2 das Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE MORTE ACIDENTAL DO SEGURADO:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia.

1. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Morte Acidental o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

CONDIÇÃO ESPECIAL
GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas as condições contratuais deste seguro.

Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro 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(cúbitos)	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: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	15
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	10
	* de 4 (quatro) centímetros	06
	* de 3 (três) centímetros	s/ indenização
	* menos de 3 (três) centímetros:	

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.



Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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

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

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

O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

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

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados no item 8 – RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 19.2 das Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DO SEGURADO:

- Certidão de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o percentual de Invalidez Permanente;
- Radiografias e outros exames médicos que tenham sido realizados.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

**CONDIÇÃO ESPECIAL
GARANTIA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES**

1. GARANTIA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES

Esta cobertura garante ao segurado o reembolso de despesas médico-hospitalares efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, limitado ao valor contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas as condições contratuais deste seguro.

A seguradora indenizará as despesas médico-hospitalares incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do segurado, observados os seguintes critérios:

- a) Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares, desde que legalmente habilitados;
- b) A comprovação das despesas médico-hospitalares deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos mencionados no item 8 – RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- e) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- h) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas conseqüentes;
- i) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- j) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- k) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

- l) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protusões discais degenerativas;
- m) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- n) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 19.2 das Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES DO SEGURADO:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
- Notas Fiscais originais;
- Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;
- Receita Médica.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Despesas Médico-Hospitalares em Evento Prazo Curto o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.