

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO (Ramo: 0982)

PRODUTO: ACIDENTE PESSOAL DE PASSAGEIROS (APP)

Processo SUSEP nº 15414.002864/2010-51

CONDIÇÕES GERAIS

1. Definições

1.1. Acidente de Trânsito: Choque, colisão, abalroamento ou capotagem envolvendo direta ou indiretamente o veículo discriminado na apólice, durante o deslocamento ou locomoção por seus meios próprios, desde que esteja trafegando por via normalmente aberta para o tráfego de veículos em geral.

1.2. Acidente Pessoal de Passageiros: O evento ocorrido exclusivamente no veículo discriminado na apólice, com data caracterizada, externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, do passageiro, ou que torne necessário seu tratamento médico, incluindo-se, ainda, neste conceito:

- a) os acidentes de trânsito decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- b) os acidentes de trânsito decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- c) os acidentes de trânsito decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;
- d) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2.1. Excluem-se deste 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 de trânsito;
- b) 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: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ósteo-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 pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- c) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente de trânsito;
- 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 de passageiros, conforme definido acima.

- 1.3. Apólice:** É o documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.
- 1.4. Beneficiário:** É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- 1.5. Capital Segurado:** Valor máximo para a garantia contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro.
- 1.6. Carência:** Lapso de tempo, apurado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual o Segurado não terá direito à garantia contratada.
- 1.7. Carregamento:** Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
- 1.8. Central de Atendimento:** é o serviço de discagem direta gratuita (DDG), pertencente à empresa prestadora terceirizada, contratada pela Seguradora e encarregada de tomar as providências necessárias à execução do funeral do Segurado, previsto no item 3.1 destas Condições Gerais.
- 1.9. Certificado Individual:** É o documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.
- 1.10. Cobertura Individual:** Garantia de cada segurado incluído na apólice de seguro, às garantias contratadas, com início na data de sua aceitação pela Seguradora, e término limitado ao final da vigência da apólice, respeitado o período do prêmio pago.
- 1.11. Condições Contratuais:** Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as condições gerais, a apólice e, no caso de plano coletivo, o contrato, a proposta de contratação, a proposta de adesão e o certificado individual.
- 1.12. Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.
- 1.13. Condutor:** É a pessoa física que dirige o veículo discriminado na apólice.
- 1.14. 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.
- 1.15. Corretor:** É o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) para intermediar e promover Contratos de Seguros.
- 1.16. Estipulante:** É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.
- 1.17. Data do Evento:** Considera-se como data do evento, para efeito de acidentes pessoais, a data do acidente.
- 1.18. Evento Coberto:** É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais.
- 1.19. Excedente Técnico:** Saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.
- 1.20. Formulário de Aviso de Sinistro:** É o documento, fornecido pela seguradora, pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à seguradora.

1.21. Garantias: São as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

1.22. Grupo Segurado: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

1.23. Grupo Segurável: É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

1.24. Indenização: Valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

1.25. Índice Pactuado: Índice contratado para a atualização dos prêmios e capitais segurados, na forma indicada nas Condições Gerais e na Proposta de Adesão.

1.26. Invalidez Permanente: Perda, redução ou impotência funcional definitiva, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

1.27. Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco (eventos cobertos) propostas serão garantidas pela seguradora.

1.28. Médico Assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

1.29. Nota Técnica Atuarial: É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

1.30. Passageiro: É a pessoa física transportada no veículo discriminado na apólice, inclusive seu condutor.

1.31. Período de Cobertura: Aquele que durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

1.32. Prêmio: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

1.33. Proponente: O interessado em contratar a garantia (ou garantias), ou aderir ao contrato, propondo a sua adesão mediante o preenchimento da respectiva proposta.

1.34. 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.

1.35. Proposta de Contratação: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma garantia (ou garantias), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

1.36. Proprietário: Pessoa física ou jurídica que detém a propriedade do veículo discriminado na apólice.

1.37. Reabilitação do Seguro: É o restabelecimento do direito às garantias, anteriormente suspensas por inadimplência, ocorrido a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que for retomado o pagamento do(s) prêmio(s).

1.38. Regime de Repartição Simples: É a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados e/ou pelo estipulante do Plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar os benefícios decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

1.39. Resgate: É o instituto que permite ao segurado, antes da ocorrência do sinistro e quando tecnicamente possível, o resgate de recursos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.

1.40. Riscos Excluídos: São aqueles riscos, previstos nas condições gerais, que não serão cobertos pelo plano de seguro.

1.41. Segurado: É a pessoa física transportada no veículo discriminado na apólice, inclusive seu condutor, sobre a qual se estabelecerá o seguro.

1.42. Seguradora: É a **MBM SEGURADORA S/A**, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos das Condições Contratuais.

1.43. Serviço de Assistência Funeral: é o rol de procedimentos necessários à realização do funeral e do traslado do corpo do Segurado, obedecidos os limites e as condições estabelecidas nas Condições Gerais e no Contrato de Seguro. O Serviço de Assistência Funeral será executado por prestadores terceirizados, conveniados à Seguradora;

1.44. Sinistro: É a ocorrência do risco (evento) coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

1.45. Superintendência de Seguros Privados – SUSEP: Órgão governamental regulador e fiscalizador das atividades de seguros.

1.46. Veículo: É todo veículo automotor de vias terrestres, exceto aqueles que trafegam sobre duas ou três rodas.

1.47. Vigência: É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

1.48 Vigência da Cobertura Individual: Período em que o Segurado está coberto pela(s) garantia(s) deste Seguro.

2. Objetivo do Seguro

2.1. Este produto visa oferecer cobertura contra acidentes pessoais dos passageiros de veículo(s) discriminado(s) na apólice por meio de seu respectivo RENAVAL, devidamente licenciado(s) para o transporte de pessoas e conduzido(s) por motorista(s) legalmente habilitado(s), garantindo, dentro dos limites estipulados na apólice, o pagamento de indenização à(s) vítima(s) ou a seus beneficiários, caso o(s) passageiro(s) venha(m) a falecer e/ou invalidar-se, de forma permanente, e/ou seja(m) submetido(s) a tratamento médico, em decorrência de evento coberto envolvendo o(s) referido(s) veículo(s).

3. Garantias do Seguro

3.1. As garantias do seguro dividem-se em básicas e adicionais, **sendo que o seguro não pode ser contratado sem pelo menos uma das garantias básicas.**

3.2. Garantias Básicas:

3.2.1. Morte Acidental (MA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), correspondente ao valor do capital segurado, caso o passageiro do veículo discriminado na apólice venha a falecer em virtude de acidente pessoal de passageiros, ocorrido com o referido veículo, durante a vigência deste seguro.

3.2.1.1. Para os passageiros menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com funeral, limitadas ao valor do capital segurado, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais e/ou notas fiscais especificadas, as quais, por sua vez, podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, a serem solicitados oportunamente, observando-se que:

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

3.2.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): É a garantia do pagamento de uma indenização, ao próprio passageiro do veículo discriminado na apólice, limitada ao valor do capital segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física provocada por acidente pessoal de passageiros, ocorrido com o referido veículo, durante a vigência deste seguro.

3.2.2.1. A invalidez permanente mencionada deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta garantia.

3.2.2.2. Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para sua recuperação), e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela constante do Anexo I destas.

3.2.2.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista neste plano de seguro (tabela do Anexo I) 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 como 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).

3.2.2.4. Nos casos não especificados neste plano de seguro, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

3.2.2.5. 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). Da mesma forma, 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.

3.2.2.6. 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.

3.2.2.7. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

3.2.2.8. As indenizações por morte acidental e invalidez permanente não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente pessoal de passageiros, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta garantia.

3.3. Garantias Adicionais:

3.3.1. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO): Garante o reembolso, até o limite do capital segurado, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciando nos 30

(trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do Seguro.

3.3.1.1. As despesas médicas e hospitalares deverão ser devidamente comprovadas, nos termos estabelecidos no Item 14 – Liquidação de Sinistros.

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

3.3.2. Diárias de Incapacidade (DI): Garante o pagamento do capital segurado, observando o limite contratual máximo de 90 (noventa) diárias, no caso de incapacidade caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, diretamente resultante de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do Seguro. **Esta garantia apenas poderá ser contratada em caso de trabalho autônomo.**

3.3.2. Auxílio Alimentação (AA): Garante ao beneficiário o pagamento do capital segurado individual contratado para esta garantia a título de Auxílio Alimentação, em caso de morte do segurado decorrente de acidente pessoal coberto, durante a vigência do Seguro.

3.3.2. Funeral por Morte Acidental (FUN MA): Garante a prestação do Serviço de Assistência Funeral, em caso de morte do Segurado ocasionada por causas acidentais, durante a vigência da cobertura individual do Seguro, observados o disposto no item 4 – Riscos Excluídos, sendo este Serviço limitado ao valor do Capital Segurado vigente na data de falecimento do Segurado.

a) Os itens inclusos no Serviço de Assistência Funeral são os descritos abaixo:

- i. Assessoria para as Formalidades Administrativas – a Central de Atendimento solicitará e encaminhará à funerária do município de domicílio do Segurado os documentos necessários para o sepultamento ou Cremação (onde existir esse serviço) e adotará as medidas devidas para a realização do funeral, com a devolução de toda a documentação respectiva para os familiares e/ou pessoa responsável, informando-o(s) das providências que devem ser tomadas. Se for necessário, um membro da família ou pessoa responsável deverá acompanhar o representante da prestadora de serviço para o encaminhamento das formalidades administrativas.
- ii. Registro de Óbito – a Central de Atendimento efetuará o registro do óbito em cartório, se necessário acompanhado de um membro da família e/ou pessoa responsável.
- iii. Serviço de Retorno do Corpo – em caso de falecimento do Segurado durante viagem, em todo o território nacional, a Central de Atendimento atenderá às formalidades necessárias para o retorno do corpo, transportando-o em esquife standard até o município de domicílio do Segurado.
- iv. Carro Funerário – a Central de Atendimento colocará à disposição dos familiares um carro funerário para o transporte do corpo, do local do óbito até o local do velório, e depois até o local onde se dará o sepultamento, desde que dentro do mesmo município.
- v. Urna Mortuária – a Central de Atendimento disponibilizará urna mortuária padrão (urna sextavada de madeira com visor, seis alças ou alças tipo varão, forrada em tecido, com babado e acabamento externo em verniz de alto brilho. No caso de impossibilidade de utilização da urna padrão, a Central de Atendimento disponibilizará mais 3 (três) tipos de urna, para livre escolha dos familiares ou representante legal.
- vi. Ornamentação – a Central de Atendimento disponibilizará ornamentação para o funeral, que consiste em:
- vii. uma coroa de flores;

- viii. enfeite floral (no interior da urna);
 - ix. véu para cobrir o corpo.
 - x. Paramentos – a Central de Atendimento responsabilizar-se-á pelos castiçais e velas que acompanharão a urna, bem como pelo aparelho de ozona.
 - xi. Velório – a Central de Atendimento colocará à disposição dos familiares uma sala velatória ou capela conforme o local do sepultamento.
 - xii. Mesa de Condolências – a Central de Atendimento providenciará uma mesa, no velório, onde será colocado o livro de presença do cerimonial.
 - xiii. Sepultamento ou Cremação – a Central de Atendimento adotará as providências para o sepultamento do falecido no túmulo ou jazigo da família. No caso de a família optar por cremação, a mesma deverá ser executada no local de residência do segurado ou, caso não haja este serviço na localidade, na cidade mais próxima em que seja possível fazê-lo e as cinzas serão encaminhadas para a cidade de domicílio do associado, respeitando o limite do Capital Segurado vigente na data do falecimento e compartilhado entre os demais serviços.
 - xiv. Locação de Jazigo – caso a família não disponha de local para o sepultamento, a Central de Atendimento responsabilizar-se-á pela locação de um jazigo, em cemitério público municipal. Se a família optar por um cemitério privado, a locação será realizada desde que seus valores sejam equivalentes ou superiores em até 20% (vinte por cento) do valor pago a título de locação ao cemitério municipal. O prazo de duração dar-se-á pelo período de 3 (três) anos a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade local.
 - xv. Traslado do Corpo – a Central de Atendimento providenciará o transporte do corpo do local onde ocorreu o óbito somente para a cidade onde realmente o Segurado mantinha residência oficial, através do meio de transporte mais adequado, em urna mortuária apropriada.
- b)** Os itens citados acima, quando prestados, não poderão somar valor superior ao valor do Capital Segurado vigente na data de falecimento do Segurado e, na hipótese de a soma dos valores dos itens prestados excederem o limite do Capital Segurado, o pagamento do valor em excesso será de responsabilidade do(s) familiar(es) do Segurado.
- c)** Alternativamente, por opção do(s) Beneficiário(s), a prestação do Serviço de Assistência Funeral poderá ser substituída pelo reembolso, ao responsável pelo pagamento, das despesas ocorridas com o funeral do Segurado, limitado ao(s) valor(es) da(s) respectiva(s) Nota(s) Fiscal(is), e respeitando-se o Capital Segurado vigente na data do falecimento.
- d)** Todos os itens do Serviço serão prestados de acordo com a infraestrutura, regulamentos, legislação, costumes, localização e horário do local do sepultamento.
- e)** Todos os itens do Serviço serão executados sempre respeitando às condições de religiosidade ou credo solicitado pelo(s) familiar(es) do Segurado.

3.3.3. Rescisão Contratual (RC): Garante ao Estipulante do Seguro o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia em caso de morte do segurado decorrente de acidente pessoal coberto, durante a vigência do Seguro, à título de reembolso das despesas com o acerto rescisório trabalhista. **Esta garantia apenas poderá ser incluída quando houver vínculo trabalhista formal entre segurado e estipulante, o veículo segurado for de propriedade do estipulante e cuja função do segurado seja realizada no veículo.**

3.4. As garantias adicionais, **quando contratadas**, somente podem ser concedidas para a totalidade do Grupo Segurado.

4. Riscos Excluídos

4.1. Além das exclusões destacadas no Item 3, estão expressamente excluídos de todas as garantias deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- b) de competições, gincanas, apostas e provas de velocidade, legalmente autorizadas ou não, disputadas com o veículo, inclusive treinos preparatórios;
- c) do condutor dirigir veículo sem que possua habilitação legal e apropriada à categoria do veículo, ou que esteja com o exame médico vencido e não renovado por indeferimento do competente órgão de trânsito ou, finalmente, por pessoa em situação de impedimento para conduzir veículos automotores por saldo de pontuação em excesso, conforme o Código Brasileiro de Trânsito;
- d) de acidentes diretamente ocasionados pela inobservância a disposições legais, inclusive relativas à lotação de passageiros, dimensão, peso e acondicionamento da bagagem transportada;
- e) de trânsito do veículo por estradas ou caminhos impedidos, não abertos ao tráfego, praias ou terrenos arenosos, e/ou trilhas;
- f) do veículo discriminado na apólice ter sido roubado ou furtado;
- g) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, 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;
- h) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- i) de contaminação radioativa e/ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes caracterizadas por doenças, moléstias ou enfermidades, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto;
- j) 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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- k) de trânsito em veículos de pronto-socorro, ambulância ou similares;
- l) de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

- m) de atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes, do estipulante;
- n) dos denominados acidentes decorrentes de erros médicos, exemplificativamente, apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, parada cardíaca, trombose;
- o) de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- p) de suicídio cometido pelo segurado ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da cobertura individual, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme o art. 798 do Código Civil. Nestas circunstâncias, o presente seguro não prevê a reversão de provisões técnicas aos beneficiários do falecido, uma vez que a estrutura técnica do plano não a permite;
- q) de qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, 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;
- r) de perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

4.2. Também não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

4.3. Estão excluídos do Serviço de Assistência Funeral os seguintes itens:

- a) Serviços solicitados pelo(s) familiar(es) ou pelo Segurado, anteriormente ao óbito, sem prévio consentimento da Seguradora, exceto nos casos de força maior ou impossibilidade material comprovada.
- b) Despesas decorrentes de confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigos, com exceção da locação de jazigo prevista no subitem “k” do item anterior.
- c) Sepultamento de membros.
- d) Confecção de lápide.
- e) Aquisição de sepultura, jazigo, terreno, cova, carneiro (gaveta nos cemitérios).
- f) Reembolso de gastos extras efetuados pelos familiares.
- g) Pedidos de assistência funeral anterior ao início de vigência ou fora da vigência do Seguro.
- h) Exumação de corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

4.4. Encontram-se ainda excluídos das garantias deste seguro, quaisquer indenizações, mesmo em consequência de eventos cobertos, decorrentes de:

- a) Danos Morais e Estéticos, no qual esteja o segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.
- b) Lucros Cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do segurado.

- c) **Perdas e Danos decorrentes, direta e indiretamente, de qualquer evento, mesmo quando coberto pela apólice.**

5. Âmbito Geográfico da Cobertura

5.1. As garantias previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em todo o globo terrestre, exceto para as garantias de Diárias de Incapacidade (DI) e Assistência Funeral por Morte Acidental, quando optado pela prestação de serviço, que estarão cobertos apenas os eventos ocorridos no território brasileiro.

6. Carência

6.1. Não haverá prazo de carência para os eventos cobertos por este plano, exceto no caso de suicídio do segurado ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de início de vigência da cobertura individual, ou de sua recondução depois de suspenso.

6.2. Em caso de morte do segurado por suicídio, durante o prazo de carência mencionado acima, o presente seguro não prevê a reversão de provisões técnicas, nem a devolução de quaisquer valores, aos beneficiários do falecido, uma vez que a estrutura técnica do plano não a permite.

7. Aceitação do Seguro

7.1. A proposta, assinada obrigatoriamente pelo Estipulante/proponente ou seu representante legal, deverá ser entregue à seguradora. As condições gerais deste seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos segurados, quando da apresentação da proposta. Na proposta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

7.2. A seguradora fornecerá ao proponente (ou seu representante legal) um protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e hora do seu recebimento.

7.3. Recebida a proposta pela seguradora terá início um período de 15 (quinze) dias, com cobertura condicional, no qual a seguradora avaliará o risco. O seguro será automaticamente aceito, caso a seguradora não manifeste a recusa da proposta por escrito ao proponente, no prazo de 15 (quinze) dias, devidamente justificada.

7.4. Em caso de solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação, observado o exposto abaixo:

- a) Caso o proponente do seguro seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 7.4.**
- b) Se o proponente for pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares, poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no item 7.4, desde que a sociedade seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.**

7.5. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzidos da parcela “pro rata temporis”, correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

7.6. A seguradora, obrigatoriamente, procederá à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a sua recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

7.7. A seguradora emitirá e enviará o certificado individual no início do contrato e em cada uma das renovações subseqüentes, aos segurados da apólice.

7.8. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

7.9. O Segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro, nesta ou em outra seguradora, e especificamente para a garantia adicional de DMHO, deverá comunicar a sua intenção, previamente, por escrito, a todas as seguradoras envolvidas, sob pena de perda do direito.

7.10. Uma vez contratado o novo seguro, as indenizações de que tratam ambos os contratos serão apuradas conforme o Item 7 das Condições Especiais da garantia adicional de DMHO.

8. Vigência e Renovação do Seguro

8.1. Os períodos de cobertura e vigência da Apólice serão estipulados no contrato.

8.2. Observada a regulamentação em vigor, as apólices de seguros, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

8.3. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.4. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

8.5 O final de vigência da cobertura individual será sempre após o desembarque do Segurado no veículo discriminado na Apólice.

8.6. A renovação automática do seguro só poderá ocorrer uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa. A renovação expressa poderá ser efetivada pelo estipulante quantas vezes se fizerem necessário, desde que não implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

8.7. Caso haja, na renovação ou durante a vigência da apólice, alteração da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos, esta deverá ser realizada com anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

8.8. A renovação automática não se aplica caso o estipulante ou a seguradora comuniquem o desinteresse na continuidade do plano de seguro, mediante aviso prévio e de forma expressa (por escrito) de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

8.9. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, comunicará ao estipulante sua decisão, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

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

8.11. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

8.12. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

9. Capital Segurado

9.1. Capital segurado é o valor máximo, estabelecido para cada garantia contratada, a ser pago ou reembolsado pela seguradora, no caso de ocorrência de evento coberto, durante a vigência do seguro.

9.2. O capital segurado para cada uma das garantias será aquele estipulado entre as partes, no momento da contratação ou renovação do Seguro, e constará do respectivo contrato.

9.3. O capital segurado será estabelecido por passageiro de veículo, ou seja, em caso de sinistro, não será rateado entre seus ocupantes, devendo cada um dos mesmos ser indenizado, de forma individual, até o limite do capital segurado contratado, **respeitada a lotação máxima permitida para o veículo.**

9.4. Caso ambas as garantias básicas sejam contratadas, seus respectivos capitais segurados devem possuir o mesmo valor.

9.5. O capital segurado para a garantia adicional de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, quando contratada, não poderá ser superior a 30% (trinta por cento) do capital segurado para a garantia básica.

9.6. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente pessoal de passageiros.

9.7. A reintegração do capital segurado nos casos de indenização por Invalidez Parcial por Acidente, Invalidez Total por Acidente, por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas ou por Diárias de Incapacidade é automática após cada acidente.

9.8. A aceitação, pela Seguradora, de estabelecimento de capital segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

9.9. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

10. Atualização Monetária

10.1. Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, na data de aniversário da apólice, pelo Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV), acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário.

10.2. Na hipótese de extinção do índice pactuado, será adotado, em substituição, o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).

10.3. Esta cláusula não se aplica a contratações com vigência inferior a um ano.

10.4. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte acidental ou invalidez permanente total ou parcial por

acidente serão atualizados pelo Índice Geral de Preços ao Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) até a data de ocorrência do sinistro, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

11. Pagamento de Prêmio

11.1. Para fins deste Seguro, o custeio pode ser:

- a)** Não Contributário, quando os componentes do grupo segurado não pagam prêmios, sendo estes custeados integralmente pelo Estipulante;
- b)** Contributário, quando os componentes do grupo segurado pagam prêmios, total ou parcialmente.

11.2. O prêmio do Seguro terá sua periodicidade e prazo de pagamento definidos em contrato, podendo ser pago à vista (único) ou fracionado, e resultará da aplicação da taxa inicialmente fixada no mesmo e anualmente recalculada com base nas operações do Seguro.

11.2.1. O fracionamento do prêmio poderá ser efetuado em até 12 (doze) parcelas mensais e consecutivas, não havendo incidência de juros sobre as mesmas, sendo apurado mediante a simples divisão do prêmio pelo número de parcelas acordadas.

11.3. Sempre que do recálculo, previsto na Nota Técnica Atuarial do Seguro, resultar taxas superiores às taxas em vigor, e a apólice apresentar déficit técnico que indique a necessidade de adequação, a aplicação das taxas reavaliadas será realizada mediante endosso à Apólice, e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo.

11.4. A forma de custeio será definida no contrato.

11.5. Os prêmios poderão ser pagos, em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido no contrato. Em caso de opção por débito em conta, ocorrendo a insuficiência de saldo na conta bancária indicada, nos respectivos vencimentos, ficará caracterizado o não pagamento do prêmio para todos os efeitos.

11.6. Servirá como comprovante de pagamento dos prêmios, o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado.

11.7. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado até a data limite estipulada, o direito à indenização não ficará prejudicado. Caso a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão das garantias ou cobrança de encargos.

11.8. No caso de prêmio pago de forma fracionada, a quitação até a data de seu vencimento, manterá o Seguro em vigor até o último dia do período de vigência a que o pagamento se referir. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

11.9. No caso de seguro Contributário, mediante prévia autorização, o recolhimento do prêmio poderá ser delegado ao Estipulante, que deverá repassá-lo à seguradora no prazo máximo de 5 (cinco) dias após o efetivo pagamento pelos segurados, através de fatura e documento de cobrança emitidos pela Seguradora. Esta autorização poderá ser revogada a qualquer tempo pela Seguradora, mediante notificação expressa ao Estipulante.

11.10. Na cobrança do prêmio mediante carnê, a Seguradora providenciará para que o proprietário do veículo receba o carnê respectivo com antecedência mínima de 5 (cinco)

dias do vencimento da primeira parcela. A emissão de carnê poderá ser delegada ao Estipulante, que providenciará para que cada proprietário o receba até o vencimento da última parcela do carnê anterior.

11.11. Caso o Proprietário não receba o novo carnê até o prazo estabelecido e desde que não tenha havido o cancelamento da Apólice, é seu direito efetuar o pagamento do prêmio do Seguro, antes do início do novo período de cobertura, mediante depósito bancário na conta indicada no carnê anterior, ou através de ordem de pagamento na rede bancária, a favor da Seguradora, com indicação do número da Apólice e do Certificado Individual.

11.12. Na cobrança do prêmio mediante desconto ou consignação em folha, a pessoa jurídica ou o estipulante somente poderá interromper o recolhimento do prêmio no caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Proprietário, a menos que tenha havido o cancelamento da Apólice. O pedido expresso de cancelamento da autorização para desconto em folha de pagamento, por parte do Segurado, retira do Estipulante a obrigatoriedade de cobrança e repasse do respectivo prêmio, passando o próprio Segurado a responder pelo recolhimento do valor dos prêmios sob sua responsabilidade, caso possua interesse na continuidade das garantias do Seguro.

11.13. Para os contratos que não estipulem o fracionamento do prêmio, a falta de pagamento do mesmo na data determinada de vencimento ensejará a suspensão imediata das respectivas garantias, nos termos do Item 12 a seguir. Caso o prêmio não seja quitado dentro do prazo previsto de suspensão, o seguro será cancelado, nos termos do Item 13.

11.14. No caso de seguro Contributário, 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 e ao pagamento de uma multa de 2% (dois por cento) sobre o valor que deixou de repassar, acrescida de atualização monetária com base no índice pactuado no Item 10 – Atualização Monetária – desde o vencimento da obrigação até a data do efetivo pagamento.

11.15. No caso de seguro Não Contributário, cujo contrato não estipule o fracionamento do prêmio, caracterizada a inadimplência do estipulante, não haverá cobertura para os sinistros ocorridos durante este período, ficando facultado ao mesmo reabilitar o Seguro dentro do prazo máximo de 90 (noventa) dias contados do vencimento do prêmio pendente, mediante a retomada de seu pagamento, restabelecendo-se o direito à cobertura do Seguro, a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data da retomada.

11.16. Caracterizada a inadimplência, a Seguradora dará aviso ao Estipulante, com antecedência de 10 (dez) dias, no mínimo, do término do prazo para reabilitação do Seguro, quando o custeio for Não Contributário, e também aos proprietários dos veículos discriminados na apólice, quando o custeio for Contributário, através de correspondência, advertindo quanto à necessidade de retomada do pagamento dos prêmios, sob pena de cancelamento do Seguro.

11.17. No caso de seguro Contributário, é expressamente vedado ao estipulante o recolhimento dos segurados, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por garantia contratada.

11.18. As despesas de administração, agenciamento e corretagem, representadas pelo percentual de carregamento constante do contrato, serão cobertas pelo prêmio, sendo vedada a cobrança pelo Estipulante de taxa de inscrição ou de intermediação.

11.19. Este plano está estruturado sob o regime de repartição simples e, devido à natureza deste regime, o seguro não permite concessão de resgates ou devolução de prêmios pagos, exceto nos casos expressamente previstos nestas condições gerais.

11.20. Os tributos serão pagos por quem a legislação determinar.

12. Prazo de Suspensão e Reabilitação

12.1. Para os contratos que não estipulem o fracionamento do prêmio, decorrida sua data de vencimento, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, as coberturas do Seguro ficarão automaticamente e de pleno direito suspensas, a partir do dia imediatamente posterior ao vencimento, ficando a Seguradora isenta de qualquer obrigação decorrente de sinistros verificados durante o período de inadimplência.

12.2. O seguro poderá permanecer suspenso por inadimplência pelo prazo de, no máximo, 90 (noventa) dias, podendo ser reabilitado mediante a retomada do pagamento do prêmio. A reabilitação do seguro ocorrerá a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que for retomado o pagamento do prêmio, respondendo a Seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

13. Cancelamento do Seguro

13.1. Caso até o término do prazo de suspensão previsto no Item 12.2, não seja retomado o pagamento do prêmio, o seguro ficará automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações para as partes, após o término deste prazo.

13.2. O seguro só será rescindido mediante acordo entre as partes contratantes e, deverá haver anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

13.3. No caso de rescisão 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:

- a) A seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- b) Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do Segurado, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto, abaixo indicada:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365

78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

13.4. Caso a relação percentual apurada na forma acima, resulte em percentuais distintos aos apresentados na tabela, será adotado, para fins de cálculo da vigência, a relação percentual imediatamente superior.

13.5. As apólices não poderão ser canceladas durante sua vigência, por parte da Seguradora, sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

13.6. A Apólice poderá ser cancelada pela Seguradora, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias no mínimo, em caso de desinteresse pela renovação, de fraude, tentativa de fraude e/ou dolo por parte do Estipulante..

13.7. O Estipulante não poderá cancelar o Seguro durante sua vigência sem o expreso consentimento dos Segurados enquanto o pagamento do prêmio correr por conta destes, ficando ressalvado o direito do mesmo ou da Seguradora de deixar de renovar a Apólice no aniversário.

13.8. Com o cancelamento da Apólice, ou no final do prazo de vigência, cessa a cobertura de cada Segurado, observando-se, em qualquer caso, que a caducidade do Seguro se dá sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade se o Segurado, seu(s) preposto(s) ou Beneficiário(s) agir(em) com dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do Seguro, ou ainda para obter ou para majorar indenização.

13.9. A cobertura do Seguro cessa automaticamente quando:

- a) decorrido o prazo de suspensão, o Estipulante ou o Segurado não promover a reabilitação da cobertura;
- b) do pedido de exclusão por escrito do Segurado Principal;
- c) do término do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante.

13.10. No caso do item 13.9c), será respeitado o período de cobertura do Seguro correspondente ao prêmio pago, podendo o Segurado Principal e seus Segurados Dependentes optarem em mantê-la, desde que haja concordância do Estipulante e da Seguradora e o Segurado Principal assumira os custos do risco e da cobrança.

13.11. Caso não haja interesse do Estipulante na manutenção do Segurado no grupo, será oferecido a possibilidade de ingresso em outro seguro, compatível no que se refere às garantias originalmente contratadas, com estrutura técnica adequada à sua idade no momento da perda do vínculo, não sendo exigida nova declaração de saúde para as mesmas garantias existentes no contrato anterior.

13.12. Além das situações mencionadas no subitem 13.9, a cobertura do Segurado Dependente cessa:

- a) a pedido do Segurado Principal;
- b) quando houver o cancelamento da Apólice;
- c) se o Segurado Principal deixar o Grupo Segurado;
- d) em caso de morte do Segurado Principal.

14. Liquidação de Sinistros

14.1. O evento coberto pelo Seguro deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, ou pelo Segurado, ou ainda pelo(s) Beneficiário(s), no formulário “AVISO DE SINISTRO”, ou em carta registrada, ou telegrama dirigido à Seguradora.

14.2. A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera a obrigação de apresentar o formulário “AVISO DE SINISTRO”, preenchido e assinado pelo Segurado ou Beneficiário (conforme o caso) ou seu representante legal.

14.3. Qualquer indenização somente passa a ser devida após o pagamento do prêmio, que deve ser feito no máximo até a data prevista no respectivo documento de cobrança e do recebimento pela Seguradora da documentação completa exigível para regulação do sinistro, relacionada nas Condições Especiais do Seguro.

14.4. Para recebimento da indenização das garantias contratadas, o Segurado ou Beneficiário deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias relacionadas com ele, ficando facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

14.5. O Segurado acidentado deverá recorrer, imediatamente, às suas custas, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

14.6. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente por Acidente verificar-se a morte do Segurado dentro de 1 (um) ano a contar da data do evento e em decorrência do mesmo, a Seguradora pagará a indenização devida pela Morte por Acidente, deduzida a importância já paga pela Invalidez Permanente. Entretanto, se a indenização já paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte, não será exigida a devolução da diferença.

14.7. Mensalmente, e enquanto perdurar o pagamento da indenização por Diárias de Incapacidade Temporária, o Segurado obriga-se a encaminhar à Seguradora Laudo Médico que ateste a sua incapacidade de retorno ao trabalho ou de exercer qualquer atividade laboral remunerada.

14.8. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

14.8.1. Eventuais encargos de tradução de documentos ficarão totalmente a cargo da Seguradora;

14.8.2. 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 o limite de cobertura estabelecido para a garantia, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

14.9. A partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação exigível para regulação do sinistro em cada garantia, relacionada nas Condições Especiais, contar-se-á o prazo para o pagamento da indenização de no máximo 30 (trinta) dias, não sendo seu valor atualizado na hipótese da Seguradora cumprir o referido prazo.

14.10. Em caso de dúvida fundada e justificável para a comprovação do evento gerador, da habilitação do(s) Beneficiário(s), ou da quitação do último prêmio antes da ocorrência do fato gerador, a Seguradora poderá exigir do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) outros documentos além dos previstos nas Condições Especiais, ficando suspensa a contagem do prazo para liquidação do sinistro, que só voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas às exigências.

14.11. Transcorrido o prazo a que se referem os subitens 14.9 e 14.10 sem que tenha sido paga a indenização, o valor do capital segurado da garantia será atualizado monetariamente pelo Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV acrescido de juros moratórios a taxa de 6% (seis por cento) ao ano, a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

14.11.1. Eventuais encargos de tradução de documentos ficarão totalmente a cargo da Seguradora;

14.12. A atualização a que se refere o subitem 14.11 será efetuada com base na variação positiva do índice estabelecido no plano, apurada entre o último índice publicado antes da data de ocorrência do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

14.13. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de indenizar.

14.14. A indenização dos riscos cobertos será feita diretamente ao Segurado, ao(s) Beneficiário(s), ou a procurador com poderes específicos para o ato.

14.15. Os prazos prescricionais para toda e qualquer pretensão do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) contra a Seguradora e vice-versa são aqueles determinados na Lei 10.406 de 10/01/02.

14.16. A Seguradora deverá em caso de divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza, causa ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da contestação, a constituição da junta médica. Esta junta médica deverá ser constituída de 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 nomear, sendo que a remuneração do terceiro será paga por ambos, em partes iguais. O prazo para constituição da junta será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

14.17. As indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único.

14.18. Liquidação de Sinistros – Serviço de Assistência Funeral

14.18.1. Em caso de sinistro coberto por este Seguro, o(s) familiar(es) do Segurado ou seu representante legal deverá(ão) comunicar imediatamente o sinistro à Seguradora, a qual providenciará a execução e a prestação do Serviço de Assistência Funeral, utilizando-se de prestadores terceirizados a ela conveniados.

14.18.2. O comunicado mencionado no item anterior deverá ser realizado através da Central de Atendimento, cujo número de telefone se encontrará indicado na Apólice e no Certificado Individual.

14.18.3. Ao comunicar o sinistro, o(s) familiar(es) do Segurado ou seu representante legal deverá(ão) informar o nome do Segurado falecido, CPF, endereço, os documentos necessários para comprovar o vínculo familiar e demais informações solicitadas pela Central de Atendimento.

14.18.4. Os itens inclusos no Serviço de Assistência Funeral serão prestados dentro das normas legais e regulamentares de cada município onde se realizarem.

a) Ressalta-se que a boa execução dos serviços dependerá, também, da colaboração do(s) familiar(es) do Segurado, dispendo-se a acompanhar a pessoa indicada pela Central de Atendimento para providenciar o funeral, junto aos órgãos e repartições públicas, sempre que for necessário.

14.18.5. Após a realização do funeral do Segurado falecido, a família deverá entregar, ao representante da prestadora do Serviço de Assistência Funeral, cópia autenticada da Certidão de Óbito, da Carteira de Identidade e CPF do Segurado.

14.18.6. Realizada a prestação do Serviço de Assistência Funeral, não haverá, em hipótese alguma, pagamento posterior do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s).

14.19. Liquidação de Sinistros – Reembolso de Despesas com Funeral

14.19.1. Em caso de sinistro coberto por este Seguro e não tendo sido acionado o Serviço de Assistência Funeral, o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados no item 14.3.

14.19.2. Tendo sido realizada a prestação do Serviço de Assistência Funeral, o(s) Beneficiário(s) não terá(o) o direito ao recebimento do Capital Segurado.

14.19.3. A partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação exigível para regulação do Sinistro em cada garantia, conforme listados no item 18.3, contar-se-á o prazo para o pagamento da Indenização, o qual será de, no máximo, 30 (trinta) dias.

14.19.4. Em caso de dúvida fundada e justificável para a comprovação do evento coberto, da habilitação do(s) Beneficiário(s), ou da quitação do último prêmio antes da ocorrência do Sinistro, a Seguradora poderá exigir do(s) Beneficiário(s) outros documentos além dos previstos no item 18.3, ficando suspensa a contagem do prazo para liquidação do Sinistro, que voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

14.19.5. A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

Evento	Documentação Básica (legenda no item 14.19.6)
Morte Acidental	a); b); c); d); e); f); g); h); i); j)

14.19.1. Legenda dos Documentos Básicos para Regulação de Sinistro:

- a)** formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário.
- b)** cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado.
- c)** cópia autenticada ou comprovante original das despesas realizadas com o funeral, contendo nome completo e CPF do responsável pelo pagamento das despesas.
- d)** cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e comprovante de conta bancária do responsável pelo pagamento das despesas com a realização do funeral.
- e)** cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF do Segurado e comprovante de residência do Segurado.
- f)** documentos dos Beneficiários:
 - i.** cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e comprovante de conta bancária.
 - ii.** companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, documento que comprove a união estável na data do evento, comprovante de residência e comprovante de conta bancária.

iii. filhos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento, comprovante de residência e comprovante de conta bancária.

iv. outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e comprovante de conta bancária.

v. Beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito.

g) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial.

h) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado.

i) cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver.

j) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.

14.19.7. A critério da Seguradora, e desde que negociado com o Estipulante/Subestipulante, poderão ser dispensados alguns documentos listados no item 14.19.6.

14.20 O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios, citados no item 14.11, far-se-à independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do Contrato.

15. Perda do Direito à Indenização

15.1. O segurado perderá o direito à indenização, caso o mesmo, seus representantes legais, seus prepostos ou seus beneficiários:

- a) agravarem intencionalmente o risco;
- b) por inobservância da lei ou das obrigações convencionadas nesse seguro;
- c) agirem com dolo, culpa grave, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando ou majorando suas conseqüências.

15.2. Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do 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:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a garantia 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 garantia 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.

15.3. O segurado e o estipulante se obrigam a comunicar à seguradora, logo que saibam, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciaram de má-fé. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a garantia contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível. 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.

15.4. O beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial da cobertura individual, ou da sua recondução depois de suspenso.

16. Beneficiários

16.1. Para fins deste Seguro, entende-se como Beneficiário(s) a(s) pessoa(s) designada(s) nominalmente e por escrito na proposta de adesão, ou em documento específico, para receber o valor da indenização.

16.1.1 Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária deste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

16.2. Se o segurado não renunciar à faculdade, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade. A seguradora, quando não cientificada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

16.3. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária. Na falta das pessoas indicadas neste parágrafo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

16.4. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

16.5. No caso de sinistros referentes às garantias de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Incapacidade (DI), o próprio segurado será o beneficiário.

17. Inexistência de sub-rogação

17.1. A Seguradora não se sub-roga em eventuais direitos dos Beneficiários por efeito do pagamento do reembolso das despesas ocorridas com o funeral.

18. Foro

18.1. As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário ou estipulante e a seguradora, serão processadas no foro de domicílio do segurado ou do beneficiário ou do estipulante, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

19. Material de Divulgação

19.1. As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e a nota técnica atuarial submetidas à SUSEP.

19.2. A informação de que o registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização, deverá ser inserida, necessariamente, em todo e qualquer material de comercialização e propaganda utilizado pela seguradora.

19.3. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

19.4. 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.

20. Excedente Técnico

20.1. Quando expressamente previsto no Contrato, a distribuição de excedentes técnicos será realizada após cada aniversário da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

20.2. Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado.

I - Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

- a)** prêmios recebidos pela Seguradora, de competência correspondente ao período de vigência, efetivamente pagos, líquidos de IOF;
- b)** estorno de sinistros computados em excedentes técnicos anteriores, mas que definitivamente não sejam devidos; e
- c)** estorno da Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR) computada em períodos anteriores

II - Consideram-se como despesas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

- a)** comissões de corretagem pagas no período de apuração;
- b)** comissões de agenciamento pagas no período de apuração;
- c)** pró-labore (remuneração do estipulante/subestipulante) pago no período de apuração;
- d)** COFINS e PIS incidentes sobre a operação de seguros, calculados mediante a aplicação de suas respectivas alíquotas (conforme legislação federal) sobre a diferença entre a soma das receitas e a soma das despesas listadas no subitem 19.2.II;
- e)** despesas administrativas, calculadas através da aplicação de um percentual, definido em contrato, sobre os prêmios previstos no subitem 19.2.I.a);
- f)** o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e avisados no período de apuração, considerando-se os pagos e pendentes e computando-se pelo valor total os sinistros com pagamento parcelado;
- g)** os saldos negativos de resultados técnicos apurados em vigências anteriores, ainda não compensados;
- h)** prêmios de resseguro, quando houver; e

- i) Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR), calculada com a mesma metodologia praticada pela área atuarial para a constituição da IBNR oficial da Seguradora.

III- As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) o respectivo pagamento para prêmios e comissões;
- b) o aviso à Seguradora para os sinistros;
- c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
- d) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

20.3. O percentual de reversão de excedente técnico constará na proposta de contratação, de adesão, e no contrato.

20.4. A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no contrato até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no contrato.

20.5. A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no contrato, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

20.6. Para os casos previstos no item 19.2., deverá ser incluído no certificado individual informação de que o segurado tem direito ao excedente técnico.

21. Obrigações do Estipulante

21.1. Constituem obrigações do Estipulante:

21.1.1. fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

21.1.2. manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

21.1.3. fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;

21.1.4. discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

21.1.5. repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

21.1.6. repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

21.1.7. comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

21.1.8. dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

21.1.9. fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

21.1.10. 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 caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;

21.1.11. discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado; e

21.1.12. comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado.

22. Considerações finais

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

22.2. Desta forma, qualquer alteração de taxas de seguro, ainda que este plano preveja cláusula de reavaliação destas taxas, por implicar em ônus aos segurados, deverá observar o disposto no parágrafo anterior.

ANEXO I – Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o capital segurado
T O T A L	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	100
P A R C I A L DIVERSOS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
P A R C I A L MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	(*)	

P A R C I A L MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70	
	Perda total do uso de um dos pés	50	
	Fratura não consolidada de um fêmur	50	
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25	
	Fratura não consolidada da rótula	20	
	Fratura não consolidada de um pé	20	
	Anquilose total de um dos joelhos	20	
	Anquilose total de um dos tornozelos	20	
	Anquilose total de um dos quadril	20	
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25	
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10	
	Amputação de qualquer outro dedo	3	
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	(*)	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:		
	de 5 (cinco) centímetros ou mais	15	
de 4 (quatro) centímetros	10		
de 3 (três) centímetros	6		
Menos de 3 (três) centímetros:	Sem indenização		

**SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO (Ramo: 0982)
PRODUTO: ACIDENTE PESSOAL DE PASSAGEIROS (APP)
Processo SUSEP nº 15414.002864/2010-51**

**CONDIÇÕES ESPECIAIS
DA GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL (MA)**

1- A garantia de Morte Acidental, regida por estas Condições Especiais e pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, expressamente convencionadas, tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado, ao(s) beneficiário(s) do Segurado, caso o passageiro do veículo discriminado na apólice venha a falecer em virtude de acidente pessoal de passageiros, ocorrido com o referido veículo, durante a vigência deste seguro.

2- O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital segurado, dependerá da apresentação dos seguintes documentos do Segurado:

- a) Aviso de Sinistro e Requerimento preenchidos pelo(s) beneficiário(s);
- b) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF do Segurado;
- c) Cópia autenticada da certidão de óbito;
- d) Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal ou laudo de exame cadavérico;
- e) Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado;
- f) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF, comprovante de conta bancária e de residência do(s) beneficiário(s) maior(es);
- g) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF ou da Certidão de Nascimento, e comprovante de residência do(s) beneficiário(s) menor(es);
- h) Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro;
- i) Carteira Nacional de Habilitação – CNH (cópia autenticada em cartório ou pelo representante), do condutor do veículo discriminado na apólice, envolvido no acidente pessoal de passageiros, nos casos em que o segurado seja o condutor do veículo.

3- Documentos dos beneficiários:

- a) Autorização de Crédito preenchida e assinada por todos(as) beneficiários(as), com comprovante bancário (agência, conta e banco);
- b) No caso de beneficiário falecido, anexar a certidão de óbito (cópia autenticada em cartório);
- c) Alvará Judicial (somente no caso de não haver declaração de beneficiários ou a pessoa declarada for falecida);

4- A garantia de Morte Acidental, nos seguros de componentes dependentes menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da MBM Seguradora S.A., por outros comprovantes satisfatórios.

4.1- Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado.

4.2- Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

**SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO (Ramo: 0982)
PRODUTO: ACIDENTE PESSOAL DE PASSAGEIROS (APP)
Processo SUSEP nº 15414.002864/2010-51**

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)**

1- A garantia de Invalidez Permanente por Acidente, regida por estas Condições Especiais e pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, garante o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do Seguro.

2- 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 anexa.

2.1- 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.

2.2- 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%, (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

2.3- 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.

2.4- 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).

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

2.6- Para efeito da 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.

2.7- A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente por acidente.

2.8- **O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital segurado, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:**

- a) **Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado;**
- b) **Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF e cópia simples do comprovante da conta bancária e comprovante de residência do Segurado;**
- c) **Formulário de IPA (Invalidez Permanente por Acidente), preenchido pelo Segurado e Médico Assistente;**
- d) **Laudo médico ou da Previdência Social que ateste a invalidez permanente do Segurado;**
- e) **Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado; e**
- f) **Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro.**

- g) Carteira Nacional de Habilitação – CNH (cópia autenticada em cartório ou pelo representante), do condutor do veículo discriminado na apólice, envolvido no acidente pessoal de passageiros, nos casos em que o segurado seja o condutor do veículo.
- h) Comprovante de conta bancária do segurado ou do conduto (nos casos em que o segurado seja o condutor); e
- i) Comprovante de residência.

3- A Seguradora deverá em caso de divergências e dúvida de natureza médica, relacionadas com a natureza, causa ou extensão das lesões ou doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da contestação, a constituição da junta médica. Esta junta médica deverá ser constituída de 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 nomear, sendo que a remuneração do terceiro será paga por ambos, em partes iguais. O prazo para constituição da junta será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

4- A invalidez permanente prevista nestas condições deve ser comprovada através de declaração médica.

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

5- 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 garantia.

6- Após cada acidente, haverá reintegração total do capital segurado desta garantia.

ANEXO

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
Invalidez Permanente	Discriminação	% 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 um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos 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: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização		

**SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO (Ramo: 0982)
PRODUTO: ACIDENTE PESSOAL DE PASSAGEIROS (APP)
Processo SUSEP nº 15414.002864/2010-51**

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE
DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)**

1- A garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, observado o disposto a seguir:

1.1- Não estão abrangidas nesta garantia as despesas decorrentes de:

- I- estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- II- aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- III- tratamentos em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- IV- medicamentos fora da internação hospitalar e não prescritos pelo médico assistente;
- V- transplantes; e
- VI- consultas domiciliares.

2- Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos desde que legalmente habilitados.

3- Preservada a livre escolha, a Seguradora reserva-se o direito de estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

4- A contratação desta garantia não é extensiva aos Dependentes Segurados.

5- O pagamento da indenização, respeitado o limite da importância segurada, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Médico Assistente e pelo Segurado;
- b) Comprovante do pagamento do prêmio do mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro;
- c) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF e cópia simples do comprovante da conta bancária e comprovante de residência do Segurado;
- d) Relatório original do médico que tenha assistido o Segurado, com a descrição das lesões, suas prováveis causas e o tratamento recomendado;
- e) Registro da ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado;
- f) Originais dos comprovantes das despesas médicas, hospitalares e odontológicas;

g) Carteira Nacional de Habilitação – CNH (cópia autenticada em cartório ou pelo representante), do condutor do veículo discriminado na apólice, envolvido no acidente pessoal de passageiros, nos casos em que o segurado seja o condutor do veículo.

6- Possuindo o Segurado mais de um Seguro de Acidentes Pessoais, nesta ou em outra Seguradora, garantindo Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, a responsabilidade da MBM Seguradora S.A. por este Seguro será igual, em cada evento, a importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia em todas as apólices em vigor na data do sinistro.

7- Após cada acidente, haverá reintegração total do capital segurado desta garantia.

**SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO (Ramo: 0982)
PRODUTO: ACIDENTE PESSOAL DE PASSAGEIROS (APP)
Processo SUSEP nº 15414.002864/2010-51**

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE
DIÁRIAS DE INCAPACIDADE (DI)**

1- A garantia de Diárias de Incapacidade, regida por estas Condições Especiais e pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, expressamente convencionadas, tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao Segurado, até o limite contratado de diárias e de capital segurado, no caso de incapacidade diretamente resultante de acidente pessoal coberto, definido no subitem 1.1 das Condições Gerais, ocorrido durante a vigência do Seguro.

2- A contratação desta garantia não é extensiva aos Dependentes Segurados.

3- A Seguradora indenizará o valor correspondente ao número de diárias equivalente ao período de tempo em que perdurar, efetivamente, o estado de incapacidade laborativa do Segurado, respeitado o limite de 90 (noventa) diárias por ano de vigência do contrato, podendo a Seguradora estabelecer uma franquia de no máximo 15 dias, devidamente especificada no Contrato.

Considera-se como franquia o período contado a partir do dia da caracterização e comprovação da incapacidade laborativa do segurado durante o qual o mesmo não terá direito à percepção das diárias.

4- A garantia de Diária de Incapacidade é devida a partir do dia da caracterização e comprovação da incapacidade do Segurado, **respeitado o período de franquia fixado no Contrato.**

5- A Incapacidade de que trata essa Condição Especial é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, diretamente resultante de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do Seguro.

6- O valor de cada Diária de Incapacidade corresponderá àquele expressamente estipulado nas Condições Contratuais e no Certificado Individual no item relativo à “Capital Segurado”.

7- O pagamento da indenização, respeitados o número de diárias contratado e o limite do capital segurado dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Médico Assistente e pelo Segurado, e requerimento de indenização;**
- b) **Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro;**
- c) **Cópia autenticada da cédula de identidade do CPF e cópia simples do comprovante da conta bancária e comprovante de residência do Segurado;**
- d) **Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado, quando for o caso;**
- e) **Boletim de atendimento hospitalar com data da entrada na emergência para receber os primeiros socorros ou Parte de Acidente;**
- f) **Laudo Médico expedido pelo órgão de saúde e respectiva publicação da licença de saúde, informando a causa da incapacidade, o número de dias em que ficou afastado e a data do retorno às atividades profissionais;**

- g) Boletins Internos da Unidade, do período do afastamento desde o acidente até o apto, quando for o caso;**
- h) Carteira Nacional de Habilitação – CNH (cópia autenticada em cartório ou pelo representante), do condutor do veículo discriminado na apólice, envolvido no acidente pessoal de passageiros, nos casos em que o segurado seja o condutor do veículo.**

8- Enquanto perdurar o pagamento de Diárias de Incapacidade, ou a qualquer tempo quando solicitado pela Seguradora, o Segurado obriga-se a comprovar através de Laudo Médico a permanência do seu estado de plena incapacidade de retorno ao trabalho ou de exercer a sua profissão ou ocupação.

9- A indenização por esta garantia é cumulativa com quaisquer outras garantias contratadas.

10- Após cada acidente, haverá reintegração total do capital segurado desta garantia.

**SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO (Ramo: 0982)
PRODUTO: ACIDENTE PESSOAL DE PASSAGEIROS (APP)
Processo SUSEP nº 15414.002864/2010-51**

**CONDIÇÕES ESPECIAIS
DA GARANTIA DE RESCISÃO CONTRATUAL (RC)**

- 1- A garantia de Rescisão Contratual, regida por estas Condições Especiais e pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, expressamente convencionadas, tem por objetivo garantir ao Estipulante o pagamento do capital segurado, pela morte do Segurado em decorrência de acidente pessoal coberto, definido no subitem 1.1 das Condições Gerais, ocorrido na vigência do Seguro, à título de reembolso das despesas com o acerto rescisório trabalhista.
- 2- A contratação desta garantia não é extensiva aos Dependentes Segurados.
- 3- O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital segurado, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:
 - a) Aviso de Sinistro e Requerimento preenchidos pelo(s) beneficiário(s);
 - b) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF do Segurado;
 - c) Cópia autenticada da certidão de óbito;
 - d) Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal ou laudo de exame cadavérico;
 - e) Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado;
 - f) Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro;
 - g) Carteira Nacional de Habilitação – CNH (cópia autenticada em cartório ou pelo representante), do condutor do veículo discriminado na apólice, envolvido no acidente pessoal de passageiros, nos casos em que o segurado seja o condutor do veículo;
 - h) cópia autenticada do Contrato de Trabalho firmado entre o Segurado e o Estipulante;
 - i) cópia autenticada da Carteira de Trabalho atualizada; e
 - j) cópia autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho.
- 4- O Beneficiário será sempre o Estipulante da Apólice, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do Segurado.
- 5- Não serão cobertos os falecimentos em decorrência de acidentes de trabalho, salvo se o Estipulante comprovar a isenção de culpabilidade direta ou indireta.
- 6- O valor da indenização será limitado ao Capital Segurado contratado, independentemente do valor total das verbas rescisórias em função do falecimento do Segurado.

**SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO (Ramo: 0982)
PRODUTO: ACIDENTE PESSOAL DE PASSAGEIROS (APP)
Processo SUSEP nº 15414.002864/2010-51**

**CONDIÇÕES ESPECIAIS
DA GARANTIA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO (AA)**

1- A garantia de Auxílio Alimentação, regida por estas Condições Especiais e pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, expressamente convencionadas, tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado, ao(s) beneficiário(s) do Segurado, pela morte deste em decorrência de acidente pessoal coberto, definido no subitem 1.1 das Condições Gerais, ocorrido na vigência do Seguro.

2- A contratação desta garantia não é extensiva aos Dependentes Segurados.

3- O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital segurado, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- a) Aviso de Sinistro e Requerimento preenchidos pelo(s) beneficiário(s);
- b) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF do Segurado;
- c) Cópia autenticada da certidão de óbito;
- d) Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal ou laudo de exame cadavérico;
- e) Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado;
- f) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF, comprovante de conta bancária e de residência do(s) beneficiário(s) maior(es);
- g) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF ou da Certidão de Nascimento, e comprovante de residência do(s) beneficiário(s) menor(es);
- h) Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro.
- i) Carteira Nacional de Habilitação – CNH (cópia autenticada em cartório ou pelo representante), do condutor do veículo discriminado na apólice, envolvido no acidente pessoal de passageiros, nos casos em que o segurado seja o condutor do veículo.

4- Documentos dos beneficiários:

- a) Autorização de Crédito preenchida e assinada por todos(as) beneficiários(as), com comprovante bancário (agência, conta e banco);
- b) No caso de beneficiário falecido, anexar a certidão de óbito (cópia autenticada em cartório);
- c) Alvará Judicial (somente no caso de não haver declaração de beneficiários ou a pessoa declarada for falecida);

5- A garantia de Auxílio Alimentação, nos seguros de componentes dependentes menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da MBM Seguradora S.A., por outros comprovantes satisfatórios.

5.1- Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado.

5.2- Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.