

BILHETE DE SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.

Índice

APRESENTAÇÃO	3
Seção I	3
GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS.....	3
Seção II	7
CONDIÇÕES GERAIS.....	7
CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES	7
CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO	7
CLÁUSULA 3ª - COBERTURAS DO SEGURO	8
CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS	9
CLÁUSULA 5ª - CARÊNCIA E FRANQUIAS	10
CLÁUSULA 6ª - ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	10
CLÁUSULA 7ª - CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO	10
CLÁUSULA 8ª - BENEFICIÁRIO.....	11
CLÁUSULA 9ª - PERÍODO DE VIGÊNCIA	12
CLÁUSULA 10ª - CAPITAL SEGURADO	12
CLÁUSULA 11ª - ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO	12
CLÁUSULA 12ª – PAGAMENTO DO PRÊMIO	12
CLÁUSULA 13ª – DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO	15
CLÁUSULA 14ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	16
CLÁUSULA 15ª - JUNTA MÉDICA.....	17
CLÁUSULA 16ª - PERÍCIA DA SEGURADORA.....	17
CLÁUSULA 17ª - INDENIZAÇÃO PROPORCIONAL	18
CLÁUSULA 18ª - PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	18
CLÁUSULA 19ª - CANCELAMENTO.....	19
CLÁUSULA 20ª – DEVOLUÇÃO DE PRÊMIO	19
CLÁUSULA 21ª - ALTERAÇÃO DO SEGURO	20
CLÁUSULA 22ª - PRAZO PRESCRICIONAL	20
CLÁUSULA 23ª - FORO	20
Seção III.....	21
CONDIÇÕES ESPECIAIS	21

APRESENTAÇÃO

Apresentamos a seguir as Condições do Seguro de Acidentes Pessoais Starr, que estabelecem as normas de funcionamento das coberturas contratadas.

O Segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do bilhete ou do efetivo pagamento da primeira parcela de pagamento do prêmio, o que ocorrer por último, e poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela Starr ou por seu Representante de Seguros.

A Starr, o Corretor de Seguros ou o Representante de Seguros fornecerá a confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo obstada, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.

Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento no prazo de 7 (sete) dias, os valores eventualmente pagos serão devolvidos, de imediato, pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios ou formas disponibilizadas pela Starr ou por seu Representante de Seguros, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

Mediante a contratação do seguro, o Segurado aceita expressamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais e Especiais.

Seção I

GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

Acidente Pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor, em especial o art. 798 do Código Civil Brasileiro;

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

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

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

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

b) **excluem-se desse conceito:**

b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

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

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, ora definido.

Aviso de Sinistro: É a comunicação imediata da ocorrência de um sinistro que o Segurado está obrigado a fazer à Seguradora, por si ou por seu representante, no momento em que tome conhecimento dele.

Bilhete de Seguro: É o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) do Seguro solicitada(s) pelo proponente, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.

Capital Segurado: É a importância máxima a ser paga ou reembolsada ao Segurado ou aos seu(s) beneficiário(s) em função dos valores estabelecidos para cada cobertura contratada, na ocorrência de um sinistro coberto pelo seguro.

Carência: É o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados. **Não haverá carência para eventos decorrentes de Acidente Pessoal.**

Condições Gerais: É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade Seguradora, dos Segurados e dos beneficiários.

Condições Especiais: É o conjunto das disposições específicas relativas às coberturas contratadas, as quais alteram e prevalecem sobre as Condições Gerais.

Condições Contratuais: É o conjunto de disposições que regem a contratação do Seguro, incluindo as constantes no Bilhete de Seguro, Condições Gerais e Especiais.

Corretor: É a Pessoa Física ou Jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros. **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.**

Crime: Para efeito de cobertura por este seguro, são os eventos contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, que tenham como resultado a morte ou a invalidez permanente do Segurado.

Evento: Toda e qualquer ocorrência ou acontecimento decorrente de uma mesma causa passível de ser garantido pelo seguro contratado.

Franquia: É o percentual ou o número de dias definidos nas Condições Contratuais, correspondentes à responsabilidade do Segurado nos prejuízos indenizáveis decorrentes de sinistros cobertos.

Hospital: É o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.

Indenização: É o montante do Capital Segurado que a Seguradora efetivamente paga ao Segurado ou a seus Beneficiários em decorrência de um Evento Coberto por este Seguro.

Internação Hospitalar: É a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

Limite Técnico de Aceitação: É o valor básico da retenção que Seguradora adota, em cada ramo ou modalidade de Seguro em que operar, fixado pela SUSEP, segundo diretrizes do CNSP, representando a quantia máxima que ela poderá reter em cada risco isolado.

Médico: É o profissional legalmente habilitado para a prática da medicina. Para efeitos das Coberturas deste seguro, não serão aceitos como Médico o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, ou alguém que residir com o segurado, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Meios Remotos: Aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

Membro da Família: São considerados como membros da família: pai, mãe, irmãos, cônjuge, filhos e enteados do Segurado.

Passageiro: É o Segurado que esteja a bordo de transporte coletivo público, desde que não seja na condição de tripulante. No caso de transporte aéreo, exclusivamente em voos de linhas regulares comerciais

devidamente concedidas e aprovadas pelo Departamento de Aviação Civil – DAC ou Autoridade Internacional competente.

Período de Cobertura: É o período de tempo compreendido entre o início e fim de vigência de cada cobertura, durante o qual o Segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus à indenização pelo seguro.

Prêmio: É o valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

Profissional Autônomo e/ou Liberal: Para fins deste seguro, são os profissionais que exerçam atividades sem qualquer vínculo empregatício, não registrados de acordo com a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), e que mantenham um vínculo através de contrato de prestação de serviços ou documento contábil comprobatório do exercício da atividade profissional.

Proponente: É o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas) do seguro.

Representante de Seguros: É a pessoa jurídica que assume a obrigação de promover, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, a realização de contratos de seguro à conta e em nome da sociedade Seguradora.

Segurado: É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Seguradora: É a pessoa jurídica devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

Sinistro: Acontecimento involuntário e casual de evento decorrente do risco cuja cobertura está prevista no Bilhete de Seguro, e a que a Seguradora está obrigada a indenizar.

Transporte Coletivo Público: É qualquer aeronave, ônibus, navio, trem ou qualquer outro meio de transporte que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem, desde que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

Vigência do Bilhete de Seguro: Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o bilhete de seguro, em que o Segurado está coberto pelas coberturas deste seguro.

Seção II

CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.
- 1.2. As declarações do Segurado junto à Seguradora serão revestidas, obrigatoriamente, da mais estrita boa-fé como também de exatidão, veracidade e totalidade de circunstâncias envolvidas, para a correta avaliação do risco a ser garantido e correta fixação do prêmio, pela Seguradora.
- 1.3. A contratação do presente seguro será feita através de um Bilhete de Seguro.
- 1.4. Mediante a contratação deste seguro, somente serão consideradas como coberturas contratadas aquelas expressamente ratificadas no Bilhete de Seguro, tornando-se nulas e sem efeito quaisquer outras descritas nestas Condições Gerais e Condições Especiais.
- 1.5. O Segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais e Condições Especiais.
- 1.6. **O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.**
- 1.7. **O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**
- 1.8. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar o seguro na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos das condições contratuais do Bilhete de Seguro.
- 1.9. Não está prevista a renovação automática do seguro. Para adquirir as coberturas para um novo período, é necessária a contratação de um novo Bilhete de Seguro.
- 1.10. Por ser este seguro estruturado no regime financeiro de repartição, não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao Segurado ou ao beneficiário.
- 1.11. Todos os valores são expressos em moeda corrente nacional.

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO

- 2.1. O Seguro de Acidentes Pessoais Starr tem por objetivo garantir, ao(s) Segurado(s) ou seu(s) beneficiário(s), uma indenização, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, conforme estabelecido em cada cobertura contratada, na forma de pagamento do valor contratado ou de reembolso, ou ainda a prestação do serviço no caso de ocorrência de riscos cobertos, desde que ocorridos durante a vigência do seguro, nos termos estabelecidos nas presentes Condições Gerais e respectivas Condições Especiais, exceto se decorrente dos riscos excluídos.

CLÁUSULA 3ª - COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. As coberturas deste seguro dividem-se em **Coberturas Básicas** e **Coberturas Adicionais**, podendo ser contratadas de acordo com os planos disponibilizados pela Seguradora.
- 3.2. As coberturas serão contratadas conforme o(s) plano(s) de seguro, e não há a possibilidade de acrescentar ou retirar isoladamente uma cobertura do plano contratado. As coberturas escolhidas e respectivos critérios de composição dos Capitais Segurados constarão do Bilhete de Seguro, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Coberturas Básicas em cada plano para a validade do Bilhete de Seguro.
- 3.3. Às coberturas contratadas aplicar-se-ão, no que couber, as disposições dos riscos excluídos, constantes na cláusula 4ª destas Condições Gerais e no item “RISCOS EXCLUÍDOS” das respectivas Condições Especiais da cobertura contratada.
- 3.4. É recomendável sempre consultar as Condições Especiais para obter informações completas sobre o que o Segurado tem direito ou reclamar uma indenização.

3.5. Coberturas Básicas:

- I. Morte Acidental (MA)
- II. Morte Acidental decorrente de Crime (MAC)
- III. Morte Acidental decorrente de Transporte Coletivo (MATC)
- IV. Morte Acidental decorrente de Acidente de Trânsito (MAT)
- V. Invalidez Permanente por Acidente (IPA)
- VI. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- VII. Invalidez Permanente por Acidente decorrente de Crime (IPAC)
- VIII. Invalidez Permanente por Acidente em Transporte Coletivo (IPATC)
- IX. Invalidez Permanente decorrente de Acidente de Trânsito (IPAT)
- X. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO)

3.6. Coberturas Adicionais:

- I. Assistência Funeral (AF)
 - II. Assistência Funeral por Acidente (AFA)
 - III. Desemprego Involuntário (DI)
 - IV. Diária por Incapacidade Temporária (DIT)
 - V. Diária por Internação Hospitalar (DIH)
 - VI. Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)
- 3.7. **Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.**

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos da cobertura deste Seguro as despesas e/ou os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) Uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição às radiações nucleares ou ionizantes;
- b) Invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, golpe militar ou usurpação de poder, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- c) Furacões, tufões, tornados, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza, incluindo desastres naturais;
- d) Movimentos populares, represálias, restrições à livre circulação, greves, explosões, emanção de calor ou radiação provenientes da transmutação ou desintegração de núcleo atômico, de radioatividade ou outros casos de força maior que impeçam a intervenção da Seguradora, exceto a morte ou a incapacidade decorrente da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- e) Lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado, ocorridos a menos de 2 (dois) anos do início de vigência do Plano;
- f) De viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronave furtada ou dirigida por pilotos não legalmente habilitados;
- g) Voo em aeronaves, exceto quando seja como passageiro pagando passagem em uma aeronave de asa fixa que pertença e seja operada por uma linha aérea ou companhia de frete de aeronaves devidamente autorizada para prover o transporte aéreo regular de passageiros, incluindo helicóptero;
- h) Danos e perdas causados direta ou indiretamente por terrorismo, ou ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documento hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido;
- i) Atos ilícitos ou contrários à lei, praticados pelo beneficiário, executor(es) ou administrador(es) ou herdeiros legais indicados pela pessoa segurada;
- j) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- k) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- l) Acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência, ou que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido na Seção I destas Condições Gerais;
- m) Todo e qualquer tipo de tratamento eletivo e/ou rotineiro;
- n) A continuidade de atendimento médico por sintoma/evento anterior ao início de vigência do seguro, o controle de tratamentos anteriores à vigência do seguro, e a extensão de receitas;
- o) Tratamentos de recuperação ou convalescença, quando não autorizados pela Seguradora, exceto quando decorrente de acidentes cobertos pelo presente Seguro;
- p) Tratamentos rejuvenescedores ou estéticos, e check-ups, e suas consequências;
- q) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências;
- r) Tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;

- s) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro ou Internacional de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- t) Nas garantias com coberturas para eventos decorrentes exclusivamente de acidente pessoal, perturbações, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- u) Utilização de instrumentos de guerra ou armas de fogo, ou participação em disputas ou duelos, exceto a morte ou a incapacidade do Segurado quando esta provier 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;
- v) Perdas indiretas, ou seja, perdas que não estão contempladas nas coberturas do seguro, ainda que estejam relacionadas ao evento gerador de uma indenização, por exemplo, a perda de lucros, rendimentos, de negócios ou oportunidades, se o Segurado não tiver condições de trabalhar depois de sofrer um sinistro coberto;
- w) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- x) Todos os esportes profissionais ou qualquer esporte em que o Segurado receba ou concorra a uma remuneração, premiação, doação, patrocínio ou recompensa financeira de qualquer tipo;
- y) Acidentes causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei, ou pela condução de veículo automotor sem a habilitação legal;
- z) Coberturas não contratadas.

CLÁUSULA 5ª - CARÊNCIA E FRANQUIAS

- 5.1. A franquia, quando aplicável, tem o percentual de participação do Segurado definido nas condições especiais de cada cobertura contratada.
- 5.2. Está prevista a aplicação de carência quando o Segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do Bilhete, conforme o art. 798 do Código Civil.
 - 5.2.1. Para os demais eventos não haverá prazo de carência.

CLÁUSULA 6ª - ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 6.1. O presente seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, exceto para as coberturas de Assistência Funeral (AF) e de Assistência Funeral por Acidente (AFA), que garantem somente as despesas ou serviços realizados no território brasileiro.

CLÁUSULA 7ª - CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

- 7.1. A contratação do Seguro se dará por intermédio de Bilhete de Seguro mediante solicitação verbal do interessado seguida da emissão do Bilhete de Seguro.

- 7.2. Equipara-se à solicitação verbal do interessado, a manifestação efetuada com a utilização de meios remotos.
- 7.3. O Contrato do Seguro prova-se com a exibição do Bilhete de Seguro, na falta dele, por documento comprobatório do pagamento do respectivo prêmio ou por confirmação de quitação do prêmio do Seguro enviada pela sociedade Seguradora ou seu representante com a utilização de meios remotos.
- 7.4. A emissão do Bilhete de Seguro caracteriza a ciência, aceitação e concordância, pelo Segurado, das condições gerais deste seguro.

CLÁUSULA 8ª - BENEFICIÁRIO

8.1. O Beneficiário é a pessoa previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização em caso de sinistro coberto nas coberturas de Morte Acidental (MA), de Morte Acidental decorrente de Crime (MAC), de Morte Acidental decorrente de Transporte Coletivo (MATC) ou de Morte Acidental decorrente de Acidente de Trânsito (MAT).

8.1.1. Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um. Na falta da indicação dos percentuais, a indenização será paga em partes iguais.

8.1.2. Na falta de Beneficiário nomeado, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros legais do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

8.1.2.1. Conforme artigo 1.829 do Código Civil, a sucessão legítima defere-se na ordem seguinte:

- I. aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime da comunhão universal ou no da separação obrigatória de bens (artigo 1.640, parágrafo único); ou se no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares;
- II. aos ascendentes em concorrência com o cônjuge;
- III. ao cônjuge sobrevivente;
- IV. aos colaterais.

8.1.3. Na falta das pessoas acima indicadas serão considerados Beneficiários os que reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

8.2. Para as coberturas de Assistência Funeral (AF) e de Assistência Funeral por Acidente (AFA), o beneficiário será o responsável pelo pagamento das despesas, limitadas ao valor do Capital Segurado, mediante entrega dos comprovantes originais.

8.2.1. Na hipótese de haver mais de 1 (um) responsável pelas despesas, a indenização será feita para cada um dos responsáveis na proporção dos gastos devidamente comprovados e limitado ao valor da indenização desta Cobertura.

8.3. Para as demais coberturas, o beneficiário será o próprio Segurado.

8.4. O beneficiário não tem direito ao Capital Segurado quando o Segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do Bilhete, conforme o art. 798 do Código Civil.

CLÁUSULA 9ª - PERÍODO DE VIGÊNCIA

- 9.1.** A cobertura deste seguro terá início e término às 24:00 (vinte e quatro) horas das datas constantes do Bilhete de Seguro.
- 9.2.** A vigência iniciar-se-á sempre a partir da data de pagamento da primeira parcela do prêmio.
- 9.3.** No final do prazo de vigência do seguro, a cobertura do risco cessará automaticamente, respeitando o período correspondente ao prêmio integralmente pago, observando-se que o cancelamento do seguro por término de vigência ocorrerá automaticamente, sem restituição de prêmios pagos.

CLÁUSULA 10ª - CAPITAL SEGURADO

- 10.1.** Para fins deste Seguro, Capital Segurado é a importância máxima a ser paga ou reembolsada em função do valor estabelecido para cada cobertura vigente na data de ocorrência do evento.
- 10.2.** Todo e qualquer pagamento de indenização referente a esse seguro será feito em moeda nacional.

CLÁUSULA 11ª - ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

- 11.1.** Não haverá atualização monetária de valores de Capitais Segurados e prêmios para os seguros contratados com vigência igual ou inferior a um ano.
- 11.2.** Os valores de Capitais Segurados e prêmios dos seguros com vigência superior a um ano serão atualizados anualmente com base na variação acumulada do índice IPCA/IBGE ocorrida entre o 14º e o 2º mês anterior ao mês do reajuste.
- 11.2.1.** Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual ou à vista, os Capitais Segurados serão também atualizados pelo IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.
- 11.2.2.** No caso de extinção ou vedação do IPCA/IBGE como índice de atualização de valores, a Seguradora utilizará o índice que vier a substituí-lo.

CLÁUSULA 12ª – PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 12.1.** O Prêmio deverá ser pago em parcela única, mensal, trimestral, semestral, anual ou de forma parcelada, em moeda nacional, até as datas indicadas no respectivo Bilhete de Seguro.
- 12.1.1.** A última parcela do prêmio não poderá exceder ao término de vigência do seguro.

12.1.2. Se 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 posterior em que houver expediente bancário.

12.2. O não pagamento da parcela única ou da primeira parcela do prêmio até o dia previsto no respectivo Bilhete de Seguro acarretará no automático cancelamento do seguro.

12.3. Nos casos de pagamento em parcelas mensais, trimestrais, semestrais ou anuais, a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira acarretará a suspensão do seguro. O Segurado poderá reabilitar a cobertura no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados do vencimento da não paga, sendo que durante o período de inadimplência, caso ocorra um sinistro, o Segurado não terá direito a indenização. A reabilitação se dará a partir das 24:00 (vinte e quatro) horas do dia de pagamento da parcela de prêmio, com cobertura para os riscos a decorrer, sendo o prazo de vigência do seguro ajustado em função do prêmio efetivamente pago.

12.3.1. Após 60 (sessenta) dias de inadimplência o seguro estará automaticamente cancelado.

12.4. Em caso de parcelamento do prêmio, não será feita a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

12.5. Quando houver parcelamento com juros, estará garantida ao Segurado a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

12.6. Nos casos de parcelamento do prêmio, configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, tomando-se por base a tabela de curto prazo. Para percentuais não previstos na tabela deverá ser aplicado o percentual imediatamente superior.

Relação % entre a Parcela do Prêmio Paga e o Prêmio Total	Fração a ser aplicada sobre a vigência original (correspondente ao Prêmio Total)
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

Relação % entre a Parcela do Prêmio Paga e o Prêmio Total	Fração a ser aplicada sobre a vigência original (correspondente ao Prêmio Total)
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

- 12.7.** A Seguradora, obrigatoriamente, informará ao Segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado.
- 12.8.** Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência ajustada, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original do Bilhete de Seguro.
- 12.9.** Findo o prazo de vigência ajustada sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, ou no caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de curto prazo não resulte em alteração do prazo de vigência, o Bilhete de Seguro será cancelado de pleno direito.
- 12.10.** Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.
- 12.11.** 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, o direito à indenização não ficará prejudicado. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio serão ser deduzidas do valor da indenização.
- 12.12.** Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos, atualizados da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando, de forma proporcional, a parte correspondente ao período em que vigorou a cobertura.
- 12.13.** No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos às atualizações monetárias a partir da data de recebimento, até a data da devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE.
- 12.13.1.** No caso de extinção ou vedação do IPCA/IBGE como índice de atualização de valores, a Seguradora utilizará o índice que vier a substituí-lo.
- 12.14.** De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 24 meses do início de vigência do seguro, quando será devolvido o prêmio pago, descontados os encargos, referente ao prazo de cobertura a decorrer.
- 12.15.** O recolhimento de prêmios pelo representante do Seguro, em nome da sociedade Seguradora, poderá ser realizado por meio de procedimento de cobrança regularmente utilizado pelo mesmo em sua atividade principal, como carnês, boletos ou faturas de cartões de crédito, desde que o valor destinado ao prêmio esteja perfeitamente identificado, assim como a data e a forma da correspondente quitação.
- 12.16.** É vedado ao Representante de Seguro recolher dos Segurados, a título de Prêmio do Seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora e a ela devido.
- 12.16.1.** Caso o Representante do Seguro receba juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança, o valor do Prêmio de cada Segurado.

- 12.17.** Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio for realizado ao Representante de Seguros ou à Seguradora.
- 12.18.** A ausência do repasse à Seguradora pela pessoa jurídica responsável pelo recolhimento dos prêmios não causará qualquer prejuízo aos Segurados no que se refere às coberturas e demais direitos contemplados pelo Bilhete.

CLÁUSULA 13ª – DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

- 13.1.** Para a análise do pagamento da indenização, além dos documentos específicos de cada cobertura constantes das respectivas Condições Especiais, deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- I. Do Segurado:
 - RG;
 - CPF;
 - Certidão de Nascimento ou Casamento atualizada com averbação do óbito;
 - Comprovante de Residência com referência nominal ao Segurado;
 - Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela seguradora, o qual deverá ser preenchido pelo Segurado ou seu beneficiário;
 - Declaração de Herdeiros;
 - Formulário Autorização de Crédito em Conta Corrente.
 - II. Do(s) beneficiário(s):
 - Pais: RG, CPF e Comprovante de Residência;
 - Cônjuge: Certidão de Casamento, RG, CPF e Comprovante de Residência;
 - Companheira (o): RG e CPF e comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS e Comprovante de Residência;
 - Filhos: Certidão de Nascimento, RG, CPF e Comprovante de Residência, sendo que:
 - Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;
 - Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.
 - III. Formulário Autorização de Crédito em Conta Corrente.
- 13.2.** Para efeitos de comprovantes, serão aceitos os documentos abaixo:
- a. Cônjuge: Certidão de Casamento e Cédula de Identidade do cônjuge.
 - b. Companheira: Anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependentes no INSS e Cédula de Identidade da companheira.
 - c. Filhos: Certidão de Nascimento.
 - d. Outros parentescos: Cédula de Identidade e Certidão de Nascimento.
 - e. Residência: conta de água ou luz.

CLÁUSULA 14ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 14.1. Ocorrendo um dos eventos cobertos, o Segurado ou o Beneficiário deverá comunicá-lo à Seguradora.
- 14.2. As indenizações referentes a este seguro serão efetuadas no Brasil em moeda nacional e parcela única ao Segurado, ou, de acordo com a cobertura, pela prestação de serviços. No caso de falecimento, as indenizações serão pagas aos beneficiários.
- 14.3. As despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do Segurado, com exceção dos exames solicitados pela Seguradora, ou de providências pela mesma determinada. Os encargos de tradução ficarão a cargo da Seguradora.
- 14.4. Em caso de ocorrência de invalidez permanente total por acidente, seguida de morte em consequência do mesmo acidente, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da indenização, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula Beneficiária constante da cláusula 8ª destas Condições Gerais.
- 14.5. As indenizações por morte e invalidez permanente não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pela morte, deduzida da importância já paga pela invalidez permanente.
- 14.6. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o recebimento da comunicação do evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.
- 14.7. O pagamento de indenização por uma cobertura não significa o reconhecimento da cobertura por qualquer outra cobertura envolvendo o mesmo evento gerador.
- 14.8. As indenizações, se devidas, serão pagas no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de recebimento, pela Seguradora, de todos os documentos necessários à comprovação ou elucidação do evento, e estará sujeita a atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE desde a data do evento até a data do efetivo pagamento pela Seguradora, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária.
- 14.8.1. A atualização, quando aplicada, será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 14.8.2. No caso de extinção ou vedação do IPCA/IBGE como índice de atualização de valores, a Seguradora utilizará o índice que vier a substituí-lo.
- 14.8.3. **Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do Sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos, além daqueles informados nas Condições Especiais, ou esclarecimentos que julgar necessários. Caso haja solicitação de nova documentação o prazo para liquidação de sinistros sofrerá suspensão, assim, a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.**

- 14.8.4.** O Pagamento das Indenizações ou reembolso cabível será efetuado pela Seguradora, observadas as normas e limites estabelecidos por estas Condições Contratuais.
- 14.9.** Além da atualização prevista no item 14.8, o valor da indenização será acrescido de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês quando o prazo de liquidação superar o prazo máximo descrito no item 14.8, a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.
- 14.10.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do seguro.
- 14.11.** No caso de Beneficiários menores de idade, a indenização será paga conforme indicado a seguir:
- a. Pessoas de idade inferior a 16 (dezesesseis) anos: a indenização será paga, em nome do menor Segurado, ao representante legalmente constituído;
 - b. Pessoas de idade de 16 (dezesesseis) a 18 (dezoito) anos, exclusive: a Indenização será paga ao menor Segurado, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiver o pátrio poder) ou, finalmente, por seu tutor ou curador.

CLÁUSULA 15ª - JUNTA MÉDICA

- 15.1.** Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada, será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de três membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 15.2.** Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 15.3.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.
- 15.4.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente. Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a Seguradora devolverá a documentação, e o Segurado ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

CLÁUSULA 16ª - PERÍCIA DA SEGURADORA

- 16.1.** Em todas as notificações de internação hospitalar poderão ser realizadas perícias médicas comprobatórias do enquadramento do evento e do número de dias de internação hospitalar, e análise das despesas médico-hospitalares.
- 16.2.** O Segurado, ao propor a contratação do seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e

proceder a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado, o seu médico e a Seguradora.

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

CLÁUSULA 17ª - INDENIZAÇÃO PROPORCIONAL

- 17.1.** Possuindo o Segurado mais de um seguro, nesta ou em outra Seguradora, garantindo alguma das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas indenizáveis pelo seguro, a responsabilidade da Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para a cobertura em todos os seguros em vigor na data do sinistro.

CLÁUSULA 18ª - PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

- 18.1.** A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários:

- a) **declarações falsas e incompletas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação Seguro ou na taxa de prêmio. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade Seguradora poderá:**
 - 1) **Na hipótese de não ocorrência do sinistro:**
 - I. **cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
 - II. **mediante acordo entre partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**
 - 2) **Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:**
 - I. **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**
 - II. **mediante acordo entre partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**
 - III. **Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo do seu valor a diferença do prêmio cabível.**
- b) **fraude, tentativa de fraude comprovada, má-fé, dolo ou inobservância das obrigações convencionadas nestas Condições Gerais;**
- c) **tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da Seguradora na elucidação do acidente e suas consequências;**

- d) falta ou atraso do pagamento do prêmio do Seguro, respeitado o período correspondente ao prêmio já pago;
- e) Agravamento intencional do risco. O Segurado está obrigado a comunicar à sociedade Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto sob pena de perder direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- f) Atos negligentes, imprudentes ou alto risco;

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

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

18.2.2. Na hipótese de continuidade do seguro, a Seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

CLÁUSULA 19ª - CANCELAMENTO

19.1. O seguro poderá ser cancelado a qualquer tempo, mediante acordo entre Segurado e Seguradora, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago.

19.2. A cobertura do seguro termina:

- a) No caso de morte do Segurado;
- b) Por falta de pagamento do prêmio, conforme estabelecido na cláusula 12ª;
- c) Pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro;
- d) Se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Segurado, no ato da contratação ou durante a vigência do seguro;
- e) Com o pagamento de uma indenização por invalidez permanente total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados monetariamente;
- f) Quando o Segurado, mediante solicitação por escrito à Seguradora, requerer o cancelamento do seguro, respeitando os critérios estabelecidos em lei, e conforme item Apresentação, destas Condições Contratuais;
- g) Quando a Seguradora cancelar o seguro, nos casos previstos na Cláusula 18ª - Perda de Direito À Indenização.

19.3. O Seguro não poderá ser cancelado pela Seguradora durante o período de vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

19.4. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, o Seguro cessa automaticamente ao final do prazo de vigência do Bilhete.

CLÁUSULA 20ª – DEVOLUÇÃO DE PRÊMIO

20.1. Em caso de cancelamento antecipado do seguro, e não se opondo a nenhuma penalização proposta anteriormente, o valor a ser devolvido pela Seguradora será calculado por cobertura contratada,

considerando o período de cobertura decorrido, o prêmio total e o efetivamente pago, líquidos de impostos e outros emolumentos.

20.1.1. Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do Segurado, será aplicado o percentual previsto na tabela de prazo curto especificada a seguir:

Percentual do período de vigência utilizado		% de devolução (1)	Percentual do período de vigência utilizado		% de devolução (1)
De	Até		De	Até	
0,00%	4,10%	87,00%	49,32%	53,42%	27,00%
4,11%	8,21%	80,00%	53,43%	57,53%	25,00%
8,22%	12,32%	73,00%	57,54%	61,64%	22,00%
12,33%	16,43%	70,00%	61,65%	65,75%	20,00%
16,44%	20,54%	63,00%	65,76%	69,86%	17,00%
20,55%	24,65%	60,00%	69,87%	73,97%	15,00%
24,66%	28,76%	54,00%	73,98%	78,08%	12,00%
28,77%	32,87%	50,00%	78,09%	82,19%	10,00%
32,88%	36,98%	44,00%	82,20%	86,30%	7,00%
36,99%	41,09%	40,00%	86,31%	90,41%	5,00%
41,10%	45,20%	34,00%	90,42%	94,52%	2,00%
45,21%	49,31%	30,00%	94,53%	100,00%	0,00%

(1) a ser aplicado sobre o prêmio total líquido de impostos.

(2) os prêmios não pagos serão descontados do valor bruto apurado para devolução.

20.1.2. Nos demais casos, o prêmio a ser restituído será calculado proporcionalmente ao período de cobertura a decorrer, ou seja, em que o Segurado deixará de ter a cobertura do seguro.

CLÁUSULA 21^a - ALTERAÇÃO DO SEGURO

21.1. Nenhuma alteração do seguro será válida se não for feita por escrito e receber concordância de ambas as partes contratantes.

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

CLÁUSULA 22^a - PRAZO PRESCRICIONAL

22.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei, que para efeito deste plano de seguro é de 1 (um) ano a contar da data do evento coberto.

CLÁUSULA 23^a - FORO

23.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado para dirimir quaisquer dúvidas que decorram da execução das presentes Condições Gerais.

Seção III

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Morte Acidental (MA)

1. OBJETIVO

1.1. Consiste no pagamento do Capital Segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no Bilhete de Seguro, de uma única vez, em caso de falecimento do Segurado por acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. Para os Segurados menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas originais comprobatórias, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

2. BENEFICIÁRIO

2.1. O beneficiário será a pessoa previamente designada pelo Segurado, conforme item 8.1 das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Excluem-se da cobertura de Morte Acidental todos os riscos e eventos mencionados na Cláusula 4ª das Condições Gerais.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Nesta Cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data do acidente.

5. DOCUMENTAÇÃO PARA O AVISO DE SINISTRO

5.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados na Cláusula 13ª das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, quando for o caso;
- Laudo Necroscópico do IML;
- Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Morte Acidental decorrente de Crime (MAC)

1. OBJETIVO

1.1. Consiste no pagamento do Capital Segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no Bilhete de Seguro, de uma única vez, em caso de falecimento do Segurado **em consequência exclusiva de acidente decorrente de crime, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. Para os Segurados menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas originais comprobatórias, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

1.2. **Para fins desta Cobertura, entende-se como crime os eventos contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, que tenham como resultado a morte do Segurado.**

2. BENEFICIÁRIO

2.1. O beneficiário será a pessoa previamente designada pelo Segurado, conforme item 8.1 das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos e eventos mencionados na Cláusula 4ª das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Nesta Cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data do acidente.

5. DOCUMENTAÇÃO PARA O AVISO DE SINISTRO

5.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados na Cláusula 13ª das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência e peças do inquérito policial emitido por autoridade policial;
- Laudo Necroscópico do IML;
- Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- Laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Morte Acidental decorrente de Transporte Coletivo (MATC)

1. OBJETIVO

1.1. Consiste no pagamento do Capital Segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no Bilhete de Seguro, de uma única vez, em caso de falecimento do Segurado **em consequência exclusiva de Acidente ocorrido em Transporte Coletivo Público, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. Para os Segurados menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas originais comprobatórias, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

1.2. **Para fins desta Cobertura, entende-se como meio de transporte coletivo público qualquer aeronave, ônibus, navio, trem ou qualquer outro meio de transporte que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem, desde que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.**

2. BENEFICIÁRIO

2.1. O beneficiário será a pessoa previamente designada pelo Segurado, conforme item 8.1 das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos e eventos mencionados na Cláusula 4ª das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos em que o Segurado era o condutor ou tripulante, ou, ainda, que não seja passageiro de um meio de transporte coletivo público.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Nesta Cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data do acidente.

5. DOCUMENTAÇÃO PARA O AVISO DE SINISTRO

5.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados na Cláusula 13ª das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial;
- Laudo Necroscópico do IML;
- Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- Laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Morte Acidental decorrente de Acidente de Trânsito (MAT)

1. OBJETIVO

1.1. Consiste no pagamento do Capital Segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no Bilhete de Seguro, de uma única vez, em caso de falecimento do Segurado **em consequência exclusiva de Acidente de Trânsito, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. Para os Segurados menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas originais comprobatórias, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

1.2. **Para fins desta Cobertura, entende-se como acidente de trânsito aquele que envolveu o Segurado, enquanto ocupante de um veículo particular ou táxi, ou, ainda, se na condição de pedestre o Segurado foi atingido por qualquer veículo automotor.**

2. BENEFICIÁRIO

2.1. O beneficiário será a pessoa previamente designada pelo Segurado, conforme item 8.1 das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos e eventos mencionados na Cláusula 4ª das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos em que o Segurado era o condutor, tripulante ou passageiro de veículo:**

- a) **Que se destine ao transporte coletivo público;**
- b) **Com menos de quatro rodas;**
- c) **De serviço ou caminhão;**
- d) **Destinado ao serviço público ou particular de socorro médico;**
- e) **De corporações militares; e**
- f) **Quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Nesta Cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data do acidente.

5. DOCUMENTAÇÃO PARA O AVISO DE SINISTRO

5.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados na Cláusula 13ª das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Certidão de Óbito;

- Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, quando for o caso;
- Laudo Necroscópico do IML;
- Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- Laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

1. OBJETIVO

1.1. Consiste no pagamento de indenização ao Segurado, limitada ao Capital Segurado contratado, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em decorrência de lesão física sofrida pelo Segurado, provocada por acidente pessoal ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. **Se, depois de paga a 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 a ser indenizado por morte, se contratada a cobertura. O beneficiário terá direito à indenização por morte mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.**

1.1.2. **A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à Seguradora.**

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

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

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

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

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	
	Anquilose total de um dos cotovelos(cúbitos)	25
	Anquilose total de um dos punhos	25
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	20
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso da falange distal do polegar	
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	18
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	15
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	12
	09	

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	
	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	20
	Amputação do primeiro dedo	25
	Amputação de qualquer outro dedo	10
	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.	03
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	
* de 4 (quatro) centímetros	15	
* de 3 (três) centímetros	10	
* menos de 3 (três) centímetros:	06	
	s/ indenização	

- 2.2. 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.
- 2.3. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.
- 2.4. 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.
- 2.5. 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).
- 2.6. 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.

- 2.7. 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.
- 2.8. O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e conseqüente reconhecimento da invalidez pela Seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Excluem-se da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), além do disposto na Cláusula 4ª das Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:**
- a) **As intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
 - b) **As doenças 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;**
 - c) **Automutilações e/ou lesões auto-inflingidas;**
 - d) **A perda de dentes e os danos estéticos.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. Nesta Cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data do acidente.
- 4.2. O Capital Segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

5. DOCUMENTAÇÃO PARA O AVISO DE SINISTRO

- 5.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados na Cláusula 13ª, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:
- Relatório médico com descrição da patologia, procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente com firma reconhecida em cartório;
 - Cópia dos exames complementares realizados com descrição da invalidez permanente;
 - Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial no qual deve ser especificado detalhadamente o local e descrição do sinistro, data e hora;
 - Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir.

Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

1. OBJETIVO

1.1. Consiste no pagamento do Capital Segurado contratado, em caso de perda, redução ou impotência funcional **definitiva e total**, conforme previsto no item 2, em decorrência de lesões provocadas por acidente pessoal ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. **Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente total por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente total deve ser deduzida do valor a ser indenizado por morte, se contratada a cobertura.**

1.1.2. **A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à Seguradora.**

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

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

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

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

- Perda total da visão de ambos os olhos;
- Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- Perda total do uso de ambas as mãos;
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- Perda total do uso de ambos os pés;
- Alienação mental total e incurável.

2.2. **Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista no item 4.1., a indenização não excederá a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado.**

2.3. **Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva de um membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização, de acordo com a "Tabela para Cálculo da**

Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", constante do item 2 das Condições Especiais da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

- 2.4. O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e conseqüente reconhecimento da invalidez pela Seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Excluem-se da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), além do disposto na Cláusula 4ª das Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) As intercorrências e complicações conseqüentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- b) As doenças 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;**
- c) Automutilações e/ou lesões auto-inflingidas;**
- d) Os danos estéticos.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. Nesta Cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data do acidente.
- 4.2. **O Capital Segurado desta Cobertura não será reintegrado após a ocorrência de um evento coberto.**

5. DOCUMENTAÇÃO PARA O AVISO DE SINISTRO

- 5.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados na Cláusula 13ª, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:
- Relatório médico com descrição da patologia, procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente com firma reconhecida em cartório;
 - Cópia dos exames complementares realizados com descrição da invalidez permanente;
 - Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial no qual deve ser especificado detalhadamente o local e descrição do sinistro, data e hora;
 - Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir.

Invalidez Permanente por Acidente decorrente de Crime (IPAC)

1. OBJETIVO

- 1.1. Consiste no pagamento de indenização ao Segurado, limitada ao Capital Segurado contratado, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, **em consequência exclusiva de acidente decorrente de crime** ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. Para fins desta Cobertura, entende-se como crime os eventos contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, que tenham como resultado a invalidez permanente do Segurado.
 - 1.1.2. Se, depois de paga a 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 a ser indenizado por morte, se contratada a cobertura. O beneficiário terá direito à indenização por morte mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.
 - 1.1.3. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à Seguradora.
 - 1.1.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
 - 1.1.5. A Seguradora se reserva o direito de submeter o Segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

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

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	
	Anquilose total de um dos cotovelos(cúbitos)	25
	Anquilose total de um dos punhos	25
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	20
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso da falange distal do polegar	
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	18
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	15
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	12
	09	

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	
	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	20
	Amputação do primeiro dedo	25
	Amputação de qualquer outro dedo	10
	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.	03
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	
* de 4 (quatro) centímetros	15	
* de 3 (três) centímetros	10	
* menos de 3 (três) centímetros:	06	
	s/ indenização	

- 2.2. 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.
- 2.3. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.
- 2.4. 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.
- 2.5. 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).
- 2.6. 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.

- 2.7. 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.
- 2.8. O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela Seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Excluem-se da cobertura de Invalidez Permanente por Acidente decorrente de Crime (IPAC), além do disposto na Cláusula 4ª das Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:**
- a) As intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
 - b) As doenças 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;**
 - c) Automutilações e/ou lesões auto-inflingidas;**
 - d) As ocorrências enquadradas na legislação como crime de trânsito;**
 - e) A perda de dentes e os danos estéticos.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. Nesta Cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data do acidente.
- 4.2. O Capital Segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

5. DOCUMENTAÇÃO PARA O AVISO DE SINISTRO

- 5.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados na Cláusula 13ª, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:
- Relatório médico com descrição da patologia, procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente com firma reconhecida em cartório;
 - Cópia dos exames complementares realizados com descrição da invalidez permanente;
 - Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial no qual deve ser especificado detalhadamente o local e descrição do sinistro, data e hora;
 - Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
 - Laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Invalidez Permanente por Acidente em Transporte Coletivo (IPATC)

1. OBJETIVO

- 1.1. Consiste no pagamento de indenização ao Segurado, limitada ao Capital Segurado contratado, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, **em consequência exclusiva de Acidente ocorrido em Transporte Coletivo Público** ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. Para fins desta Cobertura, entende-se como meio de transporte coletivo público qualquer aeronave, ônibus, navio, trem ou qualquer outro meio de transporte que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem, desde que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.
 - 1.1.2. Se, depois de paga a 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 a ser indenizado por morte, se contratada a cobertura. O beneficiário terá direito à indenização por morte mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.
 - 1.1.3. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à Seguradora.
 - 1.1.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
 - 1.1.5. A Seguradora se reserva o direito de submeter o Segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

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

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	
	Anquilose total de um dos cotovelos(cúbitos)	25
	Anquilose total de um dos punhos	25
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	20
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso da falange distal do polegar	
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	18
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	15
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	12
	09	

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	
	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	20
	Amputação do primeiro dedo	25
	Amputação de qualquer outro dedo	10
	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.	03
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	
* de 4 (quatro) centímetros	15	
* de 3 (três) centímetros	10	
* menos de 3 (três) centímetros:	06	
	s/ indenização	

- 2.2. 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.
- 2.3. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.
- 2.4. 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.
- 2.5. 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).
- 2.6. 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.

- 2.7. 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.
- 2.8. O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela Seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Excluem-se da cobertura de Invalidez Permanente por Acidente em Transporte Coletivo (IPATC), além do disposto na Cláusula 4ª das Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:**
- a) **As intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
 - b) **As doenças 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;**
 - c) **Automutilações e/ou lesões auto-inflingidas;**
 - d) **As ocorrências em que o Segurado era o condutor ou tripulante, ou, ainda, que não seja passageiro de um meio de transporte coletivo público;**
 - e) **A perda de dentes e os danos estéticos.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. Nesta Cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data do acidente.
- 4.2. O Capital Segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

5. DOCUMENTAÇÃO PARA O AVISO DE SINISTRO

- 5.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados na Cláusula 13ª, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:
- Relatório médico com descrição da patologia, procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente com firma reconhecida em cartório;
 - Cópia dos exames complementares realizados com descrição da invalidez permanente;
 - Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial no qual deve ser especificado detalhadamente o local e descrição do sinistro, data e hora;
 - Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
 - Laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Invalidez Permanente decorrente de Acidente de Trânsito (IPAT)

1. OBJETIVO

- 1.1. Consiste no pagamento de indenização ao Segurado, limitada ao Capital Segurado contratado, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, **em consequência exclusiva de Acidente de Trânsito** ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. Para fins desta Cobertura, entende-se como acidente de trânsito aquele que envolveu o Segurado, enquanto ocupante de um veículo particular ou táxi, ou, ainda, se na condição de pedestre o Segurado foi atingido por qualquer veículo automotor.
 - 1.1.2. Se, depois de paga a 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 a ser indenizado por morte, se contratada a cobertura. O beneficiário terá direito à indenização por morte mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.
 - 1.1.3. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à Seguradora.
 - 1.1.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
 - 1.1.5. A Seguradora se reserva o direito de submeter o Segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

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

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	
	Anquilose total de um dos cotovelos(cúbitos)	25
	Anquilose total de um dos punhos	25
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	20
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso da falange distal do polegar	
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	18
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	15
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	12
	09	

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	
	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	20
	Amputação do primeiro dedo	25
	Amputação de qualquer outro dedo	10
	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.	03
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	
* de 4 (quatro) centímetros	15	
* de 3 (três) centímetros	10	
* menos de 3 (três) centímetros:	06	
	s/ indenização	

- 2.2. 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.
- 2.3. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.
- 2.4. 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.
- 2.5. 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).
- 2.6. 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.

- 2.7. 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.
- 2.8. O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela Seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Excluem-se da cobertura de Invalidez Permanente decorrente de Acidente de Trânsito (IPAT), além do disposto na Cláusula 4ª das Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:**
- a) **As intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
 - b) **As doenças 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;**
 - c) **Automutilações e/ou lesões auto-inflingidas;**
 - d) **A perda de dentes e os danos estéticos;**
 - e) **As ocorrências em que o Segurado era o condutor, tripulante ou passageiro de veículo:**
 - **Que se destine ao transporte coletivo público;**
 - **Com menos de quatro rodas;**
 - **De serviço ou caminhão;**
 - **Destinado ao serviço público ou particular de socorro médico;**
 - **De corporações militares; e**
 - **Quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. Nesta Cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data do acidente.
- 4.2. O Capital Segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

5. DOCUMENTAÇÃO PARA O AVISO DE SINISTRO

- 5.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados na Cláusula 13ª, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:
- **Relatório médico com descrição da patologia, procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente com firma reconhecida em cartório;**
 - **Cópia dos exames complementares realizados com descrição da invalidez permanente;**
 - **Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial no qual deve ser especificado detalhadamente o local e descrição do sinistro, data e hora;**
 - **Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;**
 - **Laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.**

Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO)

1. OBJETIVO

- 1.1. Consiste no reembolso, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, realizado sob orientação médica e iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
- 1.1.1. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- 1.1.2. A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.
- 1.1.3. O reembolso relacionado a despesas efetuadas no exterior será realizado em moeda nacional, respeitando-se o Capital Segurado da Cobertura. O valor da despesa será convertido utilizando-se a taxa de câmbio de venda da moeda estrangeira divulgada pelo Banco Central do Brasil, e atualizado monetariamente, nos termos da legislação específica, com base na data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Excluem-se da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO), além do disposto na Cláusula 4ª das Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:
- a) Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
 - b) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses, salvo as próteses pela perda de dentes naturais decorrente de Acidente Pessoal coberto;
 - c) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função, diretamente afetadas por Acidente Pessoal coberto pelo seguro;
 - d) Medicamentos ou tratamentos de qualquer espécie após alta médica hospitalar e/ou odontológica.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Nesta Cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data do acidente.
- 3.2. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

4. DOCUMENTAÇÃO PARA O AVISO DE SINISTRO

4.1. Para o aviso de sinistro, além dos documentos listados na cláusula 13ª das Condições Gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

- Comprovantes e/ou recibos originais das despesas.
- Laudo médico do profissional responsável pelo atendimento, atestando a ocorrência do evento coberto e especificando a descrição da patologia e procedimentos realizados;
- Cópia dos exames complementares com Nota Fiscal e comprovante detalhado dos gastos efetuados;
- Cópia do prontuário hospitalar e Nota Fiscal das despesas efetuadas.
- Documento de alta médica com data e horário de início e término da internação;
- Carta com breve relato do ocorrido contendo os dados do bilhete de seguro.

Assistência Funeral (AF)

1. OBJETIVO

- 1.1. Consiste no reembolso das despesas realizadas pelo Beneficiário, ou a prestação de serviços de assistência para o funeral do Segurado, no caso de seu falecimento durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
- 1.1.1. Cabe ao Beneficiário a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados.
- 1.1.2. O responsável pelo funeral poderá requerer livremente a substituição do reembolso pela prestação de serviços de assistência.
- 1.1.3. **Não haverá qualquer reembolso de despesas quando feita a opção pelos serviços de assistência.**
- 1.1.4. As despesas com funeral serão reembolsadas ao responsável pelo pagamento mediante entrega dos comprovantes originais das despesas.
- 1.1.4.1. Na hipótese de haver mais de um responsável pelo custeio do funeral, a indenização será feita para cada um dos responsáveis na proporção dos gastos devidamente comprovados e limitado ao valor do capital segurado desta cobertura.
- 1.1.5. A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez.

2. SERVIÇOS COBERTOS

- 2.1. Os serviços passíveis de reembolso e compreendidos nos serviços de assistência funeral são os seguintes:
- I. **carro funerário:** à disposição da família para o transporte do corpo do segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
 - II. **coroa de flores:** à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
 - III. **ornamentação de urna:** à disposição da família, flores da época para o interior da urna;
 - IV. **paramentos:** castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
 - V. **registro de óbito:** registro do óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;
 - VI. **cremação ou sepultamento:** inclui o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular.
 - VII. **caixão:** pagamento das despesas relacionadas à aquisição de urna funerária padrão standard.
 - VIII. **representante da prestadora de serviços:** pessoa designada pela prestadora de serviço, responsável por providenciar todos os documentos necessários ao encaminhamento do

sepultamento junto à funerária, tomando todas as medidas necessárias à realização do funeral, podendo solicitar o acompanhamento de membro da família, caso necessário.

- IX. **Traslado do corpo em território brasileiro (até o município de moradia habitual);**
- X. **aluguel de jazigo:** Taxa de aluguel de jazigo pelo período de 03 (três) anos e 01 (um) mês, contados da data do sepultamento (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).

- 2.2. **A rede de prestadores de serviço poderá ser alterada a qualquer momento pela seguradora sem aviso prévio.**
- 2.3. **O meio de traslado do corpo é decidido pela prestadora de serviços. Havendo discordância do meio escolhido, a prestadora de serviços somente arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.**
- 2.4. **Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta Cobertura, se a cobertura for devida.**
- 2.5. **Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Excluem-se da cobertura de Assistência Funeral (AF), além do disposto na Cláusula 4ª das Condições Gerais, os itens e/ou os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:**
 - a) **traslado de corpo e/ou despesas com serviços prestados no exterior;**
 - b) **roupas em geral;**
 - c) **anúncio em rádio ou jornal;**
 - d) **missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;**
 - e) **xerox da documentação;**
 - f) **café, bebidas e refeições em geral;**
 - g) **compra de Jazigo;**
 - h) **confecção de gaveta em túmulo de terceiro;**
 - i) **lápides e/ou gravações;**
 - j) **cruzes;**
 - k) **reforma em geral no jazigo;**
 - l) **exumação de corpo em jazigo da família;**
 - m) **custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;**
 - n) **necromaqueiagem;**
 - o) **as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo;**

p) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nestas condições.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Nesta Cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data do falecimento do Segurado.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1. Esta Cobertura garante somente as despesas ou serviços realizados no território brasileiro.

6. DOCUMENTAÇÃO PARA O AVISO DE SINISTRO

6.1. Para o aviso de sinistro, além dos documentos listados na cláusula 13ª das Condições Gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

- Certidão de Óbito do Segurado;
- Declaração Médica Por Doença assinada pelo médico assistente;
- Cópia do prontuário médico-hospitalar;
- Cópias dos laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
- Laudo de Necropsia;
- Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado.

Assistência Funeral por Acidente (AFA)

1. OBJETIVO

- 1.1. Consiste no reembolso das despesas realizadas pelo Beneficiário, ou a prestação de serviços de assistência para o funeral do Segurado, no caso de seu falecimento durante o período de vigência do seguro, **em decorrência exclusivamente de Morte Acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. Cabe ao Beneficiário a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados.
 - 1.1.2. O responsável pelo funeral poderá requerer livremente a substituição do reembolso pela prestação de serviços de assistência.
 - 1.1.3. **Não haverá qualquer reembolso de despesas quando feita a opção pelos serviços de assistência.**
 - 1.1.4. As despesas com funeral serão reembolsadas ao responsável pelo pagamento mediante entrega dos comprovantes originais das despesas.
 - 1.1.4.1. Na hipótese de haver mais de um responsável pelo custeio do funeral, a indenização será feita para cada um dos responsáveis na proporção dos gastos devidamente comprovados e limitado ao valor do capital segurado desta cobertura.
 - 1.1.5. A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez.

2. SERVIÇOS COBERTOS

- 2.1. Os serviços passíveis de reembolso e compreendidos nos serviços de assistência funeral são os seguintes:
 - I. **carro funerário:** à disposição da família para o transporte do corpo do segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
 - II. **coroa de flores:** à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
 - III. **ornamentação de urna:** à disposição da família, flores da época para o interior da urna;
 - IV. **paramentos:** castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
 - V. **registro de óbito:** registro do óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;
 - VI. **cremação ou sepultamento:** inclui o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular.
 - VII. **caixão:** pagamento das despesas relacionadas à aquisição de urna funerária padrão standard.

- VIII. **representante da prestadora de serviços:** pessoa designada pela prestadora de serviço, responsável por providenciar todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária, tomando todas as medidas necessárias à realização do funeral, podendo solicitar o acompanhamento de membro da família, caso necessário.
- IX. **Traslado do corpo em território brasileiro (até o município de moradia habitual);**
- X. **Aluguel de Jazigo:** Taxa de aluguel de jazigo pelo período de 03 (três) anos e 01 (um) mês, contados da data do sepultamento (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).
- 2.2. **A rede de prestadores de serviço poderá ser alterada a qualquer momento pela seguradora sem aviso prévio.**
- 2.3. **O meio de traslado do corpo é decidido pela prestadora de serviços. Havendo discordância do meio escolhido, a prestadora de serviços somente arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.**
- 2.4. **Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta Cobertura, se a cobertura for devida.**
- 2.5. **Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Excluem-se da cobertura de Assistência Funeral por Acidente(AF), além do disposto na Cláusula 4ª das Condições Gerais, os itens e/ou eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:**
- a) **morte do Segurado não decorrente de acidente pessoal;**
 - b) **traslado de corpo e/ou despesas com serviços prestados no exterior;**
 - c) **roupas em geral;**
 - d) **anúncio em rádio ou jornal;**
 - e) **missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;**
 - f) **xerox da documentação;**
 - g) **café, bebidas e refeições em geral;**
 - h) **compra de Jazigo;**
 - i) **confecção de gaveta em túmulo de terceiro;**
 - j) **lápides e/ou gravações;**
 - k) **cruzes;**
 - l) **reforma em geral no jazigo;**
 - m) **exumação de corpo em jazigo da família;**
 - n) **custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;**

- o) necromaquiagem;
- p) as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo;
- q) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nestas condições.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. Nesta Cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data do acidente.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 5.1. Esta Cobertura garante somente as despesas ou serviços realizados no território brasileiro.

6. DOCUMENTAÇÃO PARA O AVISO DE SINISTRO

- 6.1. Para o aviso de sinistro, além dos documentos listados na cláusula 13ª das Condições Gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:
- Certidão de Óbito do Segurado;
 - Declaração Médica Por Doença assinada pelo médico assistente;
 - Cópia do prontuário médico-hospitalar;
 - Cópias dos laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
 - Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
 - Laudo de Necropsia;
 - Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado.

Desemprego Involuntário (DI)

1. OBJETIVO

- 1.1. Consiste no pagamento de indenização em caso de rescisão do Contrato de trabalho do Segurado por parte de seu empregador, não motivada por justa causa, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. **A Cobertura de Desemprego Involuntário (DI) não indeniza eventos de desemprego decorrentes da extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017.**
 - 1.1.2. **Na data de contratação do seguro, o segurado deverá ter um período mínimo de 12 (doze) meses, ininterruptos, como empregado em tempo integral de um mesmo empregador. Caso o segurado possua mais de um vínculo empregatício elegível ao seguro, para efeito deste seguro será coberto apenas o vínculo empregatício que gera a maior renda ao segurado.**
 - 1.1.3. A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Excluem-se da cobertura de Desemprego Involuntário (DI), além do disposto na Cláusula 4ª das Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:**
 - a) **extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017, ou qualquer outro tipo de acordo entre empregado e empregador para terminar o contrato de trabalho;**
 - b) **Renúncia ou pedido de demissão voluntária do emprego;**
 - c) **Demissão por justa causa;**
 - d) **Pensão ou aposentadoria por qualquer causa;**
 - e) **Programas de Demissão Voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;**
 - f) **Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;**
 - g) **Segurado que trabalhar como profissional liberal, ou autônomos ou pensionistas.**
 - h) **Funcionários que tenham cargo público eletivo e que, cumulativamente, não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores, secretários e outros de nomeação em Diário Oficial;**
 - i) **Funcionário público, exceto funcionários regidos pela CLT;**
 - j) **Campanhas de demissões em massa, entendidas para fins deste seguro como os casos em que empresas demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;**
 - k) **Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;**

- l) Quando o vínculo empregatício entre segurado e empregador (proprietário ou sócio da empresa empregadora) apresentar relação de parentesco envolvendo cônjuge, avós, netos, pais, filhos, irmãos, sobrinhos, tios ou cunhados;
- m) Segurado que estiver afastado por acidente pessoal ou doença da sua função na data da contratação do seguro;
- n) Abandono de emprego por parte do segurado, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT;
- o) Perda de um vínculo empregatício quando o segurado tiver mais de um vínculo simultâneo de mais de 30 horas, em empresa distinta, no mesmo período;
- p) Por fusões, falência, recuperação judicial ou extrajudicial ou privatização do empregador;
- q) Prestação de Serviço Militar;
- r) Demissão motivada por guerra, revolução ou assemelhados;
- s) Quando o segurado for membro do conselho de administração da empresa, cujo segurado é empregado;
- t) Dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista;
- u) Greves ou outras disputas trabalhistas.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Nesta Cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data do rompimento do vínculo empregatício, indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho.
- 3.2. **O Capital Segurado desta Cobertura não será reintegrado após a ocorrência de um evento coberto.**

4. DOCUMENTAÇÃO PARA O AVISO DE SINISTRO

- 4.1. Para o aviso de sinistro, além dos documentos listados na cláusula 13ª das Condições Gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:
 - Cópia autenticada das seguintes páginas da Carteira de Trabalho (CTPS): página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa, e páginas anterior e posterior em branco;
 - Cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias;
 - Comprovante de recebimento do FGTS.

Diária por Incapacidade Temporária (DIT)

1. OBJETIVO

- 1.1. Consiste no pagamento de indenização proporcional ao período em que o segurado se encontrar sob tratamento médico, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal**, que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, a exercer sua profissão ou ocupação, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
- 1.1.1. A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez.
- 1.1.2. O tratamento médico deverá ter início até 30 (trinta) dias após a ocorrência do acidente.
- 1.1.3. A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia.
- 1.1.4. Após um evento indenizado, o segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma Cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno ao exercício de sua profissão ou ocupação.
- 1.1.5. O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Excluem-se da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária (DIT), além do disposto na Cláusula 4ª das Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:
- a) lesões no joelho intra-articular; Entesopatia; Luxação do ombro (acrômio - clavicular ou glenohumeral) e fraturas patológicas;
 - b) lombalgia, radiculopatia, dor ciática e outras neurites; lesões degenerativas da coluna vertebral, com a exceção do tratamento cirúrgico. As condições do sistema nervoso simpático.
 - c) entorses, distensões e contusões;
 - d) transtornos mentais e psiquiátricos;
 - e) lesões que não requerem atenção médica;
 - f) internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);
 - g) cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - i) eventos causados exclusivamente pela não utilização pelo segurado de equipamentos de segurança exigidos por lei.

- j) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- k) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- l) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- m) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- n) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- o) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e
- p) quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Nesta Cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data do acidente.
- 3.2. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.
- 3.3. **Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno às atividades laborativas.**

4. FRANQUIA

- 4.1. **O período de franquia será de 15 (quinze) dias, consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data do afastamento do segurado de suas atividades laborativas.**
- 4.2. **Não haverá indenizações para os casos de afastamentos por período inferior ao da franquia.**

5. DOCUMENTAÇÃO PARA O AVISO DE SINISTRO

- 5.1. Para o aviso de sinistro, além dos documentos listados na cláusula 13ª das Condições Gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:
 - Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
 - Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
 - Laudo do exame toxicológico e de teor alcóolico, quando realizado;

- Relatório médico, acompanhado dos exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia e, cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade profissional desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal, no caso de trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
- Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir.

Diária por Internação Hospitalar (DIH)

1. OBJETIVO

- 1.1. Consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do Segurado, **por causas decorrentes exclusivamente de acidente pessoal, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. **É vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.**
 - 1.1.2. **A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia, e será paga somente após alta médica, para contabilização das diárias de internação.**
 - 1.1.3. **A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos nas Condições Contratuais.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Excluem-se da cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH), além do disposto na Cláusula 4ª das Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:**
 - a) **tratamentos que possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório;**
 - b) **intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
 - c) **acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.**
 - d) **acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;**
 - e) **acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;**
 - f) **quaisquer 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 pessoal;**
 - g) **lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
 - h) **todo e qualquer tipo de curetagem uterina;**

- i) cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
- j) estados de convalescença, após a alta médica;
- k) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- l) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como: espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
- m) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e
- n) quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado desta Cobertura será estabelecido sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo segurado.
- 3.2. Nesta Cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data do acidente.
- 3.3. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.
 - 3.3.1. **A transferência de um Hospital para outro não caracteriza a ocorrência de um novo evento.**
 - 3.3.2. **As ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.**

4. FRANQUIA

- 4.1. **O período de franquia será de 15 (quinze) dias, consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data da internação do Segurado por determinação médica.**
- 4.2. **Não haverá indenizações para os casos de internação do Segurado por período inferior ao da franquia.**

5. DOCUMENTAÇÃO PARA O AVISO DE SINISTRO

- 5.1. Para o aviso de sinistro, além dos documentos listados na cláusula 13ª das Condições Gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:
 - Declaração do hospital constando nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição dos procedimentos, tratamentos ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
 - Relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;

- Exames que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- Nota fiscal original do hospital;
- Boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir.

Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)

1. OBJETIVO

- 1.1. Consiste no pagamento de indenização quando o Segurado se tornar incapaz de exercer a sua profissão ou ocupação, de forma contínua e ininterrupta, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico **por causas decorrentes exclusivamente de acidente pessoal, e desde que seja profissional autônomo e/ou liberal conforme definições nas Condições Contratuais do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
- 1.1.1. A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez.
- 1.1.2. O tratamento médico deverá ter início até 30 (trinta) dias após a ocorrência do acidente.
- 1.1.3. A cobertura é devida após o período de franquia.
- 1.1.4. Após um evento indenizado, o segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma Cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno ao exercício de sua profissão ou ocupação.
- 1.1.5. O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Excluem-se da cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária (ITT), além do disposto na Cláusula 4ª das Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:
- a) lesões no joelho intra-articular; Entesopatia; Luxação do ombro (acrômio - clavicular ou glenohumeral) e fraturas patológicas;
 - b) lombalgia, radiculopatia, dor ciática e outras neurites; lesões degenerativas da coluna vertebral, com a exceção do tratamento cirúrgico. As condições do sistema nervoso simpático.
 - c) entorses, distensões e contusões;
 - d) transtornos mentais e psiquiátricos;
 - e) lesões que não requerem atenção médica;
 - f) internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);
 - g) cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

- i) eventos causados exclusivamente pela não utilização pelo segurado de equipamentos de segurança exigidos por lei.
- j) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- k) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- l) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- m) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- n) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- o) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e
- p) quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Nesta Cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data do acidente.
- 3.2. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.
- 3.3. **Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno às atividades laborativas.**

4. FRANQUIA

- 4.1. **O período de franquia será de 15 (quinze) dias, consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data do afastamento do segurado de suas atividades laborativas.**
- 4.2. **Não haverá indenizações para os casos de afastamentos por período inferior ao da franquia.**

5. DOCUMENTAÇÃO PARA O AVISO DE SINISTRO

- 5.1. Para o aviso de sinistro, além dos documentos listados na cláusula 13ª das Condições Gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:
 - Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
 - Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
 - Laudo do exame toxicológico e de teor alcóolico, quando realizado;

- Relatório médico, acompanhado dos exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia e, cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade profissional desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal, no caso de trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
- Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir.