A Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A. (atual denominação social da Santander Seguros S/A), designada seguradora, e o proponente, aqui designado segurado, representado pelo estipulante, contratam o **Seguro Acidentes Pessoais - *"Proteção Sob Medida"***, nas condições que se seguem:

1. DEFINIÇÕES

A

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 conseqüência direta a morte, ou a invalidez permanente total do segurado, ou que torne necessário tratamento médico.

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparada, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor e os riscos excluídos destas Condições Gerais;
a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
a.4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Apólice: é o documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante do seguro.

Auxílio Funeral: é o conjunto de serviços de auxílio 24 horas que abrange dentre outros serviços, traslado, funeral, sepultamento ou cremação em caso de morte do segurado ou o reembolso das despesas efetuadas com o sepultamento ou cremação.

B

Beneficiário: é a pessoa física ou jurídica designada a receber o valor do capital segurado, na hipótese de ocorrência do sinistro com regular cobertura nas condições firmadas para o seguro.

C

Capital Segurado: é o valor máximo para a cobertura contratada, definido no certificado individual de seguro, a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

Certificado Individual de Seguro: é o documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio. Este documento informa as condições particulares do seguro, coberturas contratadas, capitais segurados, prêmios, vigência e beneficiários.

Coberturas: são as garantias contratadas pelo segurado e concedidas pela seguradora, para pagamento dos eventos indenizáveis estabelecidos nestas condições gerais.

Condições Gerais: é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e do estipulante.

D

Diária por Internação Hospitalar: é o valor contratado pelo segurado para está cobertura, correspondente a 1/365 (um trezentos e sessenta e cinco avos) do capital segurado, definido no certificado individual, garantido pela seguradora em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de evento coberto.

Doenças, lesões e acidentes preexistentes: são sequelas e doenças contraídas ou manifestadas, ou ainda acidente sofrido pelo segurado anteriormente a contratação do seguro, de conhecimento do Proponente na data da contratação do seguro e não declaradas na proposta de adesão.

E

Endosso: é o documento expedido pela seguradora, durante a vigência do contrato, que formaliza toda e qualquer alteração das condições do seguro, tal como modificação de dados, condições ou objeto de seguro ou sua transferência para outrem, sem contudo alterar a cobertura básica do mesmo. Uma vez anexado às condições do seguro, o endosso prevalece sobre as condições inicialmente contratadas.

Estipulante: é a pessoa física ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros em nome dos segurados, representando-os perante a seguradora.

Evento: é o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nas Condições Gerais, passível de acarretar obrigações pecuniárias à seguradora, em favor do segurado ou de seu(s) beneficiário(s).

G

Grupo Segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice de seguro.

Grupo Segurável: é constituído pelas pessoas físicas ligadas ao estipulante, que reúnem as condições para inclusão na apólice coletiva.

H

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, casa de saúde, ambulatórios, centro de diagnose, laboratórios, "day hospital", clínicas, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora.**

I

Indenização: é o valor a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

Internação Hospitalar por Acidente: é a internação em hospital em período superior a 24 (vinte e quatro) horas, comprovada por meio de notas fiscais, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico, declaração do hospital onde ocorreu a internação ou qualquer instrumento legal de cobrança e, somente terá cobertura se decorrente de acidente coberto.

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: é o dano físico irreversível do segurado, decorrente da perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão, conseqüente de acidente pessoal.

M

Médico: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado e do atendimento e solicita a internação. **Para efeito deste seguro, não serão aceitos como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

P

Prêmio: é o valor a ser pago pelo segurado à seguradora para custeio do seguro, em contraprestação às coberturas contratadas.

Prescrição: é a perda da pretensão para exercer um determinado direito de ação para reclamar direitos, obrigações, extinção das obrigações previstas no contrato de seguro, em razão do transcurso dos prazos previstos em lei.

Proponente: é o interessado em contratar as coberturas previstas neste seguro.

Proposta de Adesão: é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, relativa às coberturas previstas neste seguro, manifestando pleno conhecimento de suas condições gerais.

R

Repartição Simples: é o regime financeiro, no qual, o que se arrecada em prêmios é gasto com sinistros, sem que haja um processo de acumulação de reserva para eventos futuros. Todos os prêmios pagos pelos segurados de um mesmo plano, em determinado período, destinam-se ao custeio de indenizações a serem pagas por todos os sinistros ocorridos no próprio período, uma vez que o prêmio cobrado é calculado de forma que corresponda à importância necessária para cobrir o valor das indenizações relativas aos sinistros esperados, é o chamado "regime de caixa". Não havendo a possibilidade de devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

Risco coberto: é um evento incerto, aleatório, possível, concreto, lícito e fortuito, causador de dano corporal que gere um prejuízo ou uma necessidade econômica, o qual será assumido pela seguradora mediante o pagamento do prêmio por parte do segurado, desde que previsto nas condições gerais do seguro.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais do seguro, que não serão cobertos pelo seguro.

S

Segurado Dependente: é o cônjuge, companheira(o) ou filho(a) do segurado principal que tenha sido incluído no seguro.

Segurado Principal: é a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro, depois que a proposta de adesão for regularmente aceita pela seguradora.

Seguradora: é a pessoa jurídica legalmente constituída e autorizada a funcionar como tal, a qual garante os riscos especificados no contrato de seguro aqui, a Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A. (atual denominação social da Santander Seguros S/A).

Sinistro: é a ocorrência de evento coberto, durante o período de vigência do seguro.

V

Vigência do seguro: é o prazo de duração da apólice mestra emitida em favor do Estipulante.

Vigência do seguro individual: é o prazo de duração do seguro contratado, para cada Segurado, expresso no certificado individual.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. O presente seguro tem por objetivo garantir ao segurado ou ao seu beneficiário, o **pagamento da indenização, limitado ao capital segurado contratado e definido no**

Certificado Individual de Seguro, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos nas coberturas contratadas pelo Estipulante do seguro, durante o período de vigência deste, respeitadas as demais cláusulas destas condições gerais.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. O seguro garante as coberturas descritas a seguir, que não podem ser contratadas isoladamente:

3.1.1. MORTE ACIDENTAL: garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento da indenização, limitado ao capital segurado contratado para esta cobertura e expresso no Certificado Individual de Seguro, na ocorrência de morte do segurado conseqüente, **exclusivamente,** de acidente pessoal coberto, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

3.1.2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE: Garante ao segurado o pagamento de uma Indenização, de até, 100% (cem por cento) do valor estabelecido para a cobertura Morte Acidental, expresso no Certificado Individual de Seguro, de acordo com percentual estabelecido para a seqüela definida na Tabela de Cálculo da Indenização, em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente. Considera-se, para tal, a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente coberto e ocorrido na vigência do Seguro Individual, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

3.1.2.1. Tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente:

SEQUELAS CONSIDERADAS COMO INVALIDEZ TOTAL

Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um Membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia Bilateral	100

SEQUELAS CONSIDERADAS COMO INVALIDEZ PARCIAL

Visão	
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver outra vista	70
Lesões das vias lacrimais	
- Unilateral	07
- Unilateral com fístulas	05
- Bilateral	14
- Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
- Ectrópio unilateral	03
- Ectrópio bilateral	06
- Entrópio unilateral	07
- Entrópio bilateral	14
- Má oclusão palpebral unilateral	03
- Má oclusão palpebral bilateral	06
- Ptose palpebral unilateral	05
- Ptose palpebral bilateral	10
Audição	
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Cabeça e Pescoço	
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Mandíbula	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
- Em grau mínimo	10
- Em grau médio	20
- Em grau máximo	30
Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16
Nariz	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10

Sistema Respiratório	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
- Função respiratória preservada	15
- Redução em grau mínimo da função respiratória	25
- Redução em grau médio da função respiratória	50
- Insuficiência respiratória	75
Membros Superiores	
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o Metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
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	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25

Amputação do primeiro dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a ½ e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	06
- menos de 3 (três) centímetros:	sem indenização
Aparelho fonador	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Amputação Parcial da língua (menos de 50%)	15
Amputação Parcial da língua (mai de 50%)	30
Sistema disgestório e excretor	
Perda do baço	15
Aparelho Urinário	
Perda de um rim	
- Função renal preservada	15
- Redução em grau mínimo da função renal	25
- Redução em grau médio da função renal	50
- Insuficiência renal	75
Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática (sem indenização)	00
Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
Intestino Delgado	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
Intestino Grosso	
Colectomia parcial sem transtorno funcional	05
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10

Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50
Reto e Ânus	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	07
Aparelho Genital e Reprodutor	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
Síndromes Psiquiátricas	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02
Mamas	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20

3.1.2.2 A invalidez permanente deverá ser comprovada mediante apresentação à seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado se recuse.

3.1.2.3 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

3.1.2.4. No caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora irá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

3.1.2.5. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro desempatador, escolhido pelos dois

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

3.1.2.6. 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.

3.1.2.7 No caso de Invalidez Parcial, a indenização é calculada pela aplicação da percentagem prevista na tabela constante da cláusula 3.1.2.1, em função da seqüela caracterizada, ao valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%.

3.1.2.8. Nos casos não especificados na tabela do item 3.1.2.1, a indenização será estabelecida tomando-se por base o grau da redução permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

3.1.2.9. Quando de um mesmo acidente resultar na invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura.

3.1.2.10. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder à da indenização prevista para a perda total de suas funções.

3.1.2.11. Para efeito de indenização, a perda ou redução funcional de um membro ou órgão com seqüelas em decorrência de acidente ocorrido anteriormente ao início de vigência do seguro individual, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

3.1.2.12. A perda dos dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente por acidente.

3.1.2.13. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumula com a cobertura de Morte Acidental. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente, verificar-se a morte do segurado em conseqüência do mesmo acidente, da indenização por Morte Acidental será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

3.1.2.14. Reconhecida a Invalidez Permanente Total por Acidente pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez e o segurado será automaticamente excluído do seguro, com a conseqüente devolução de valores eventualmente pagos após a data de reconhecimento da invalidez, devidamente atualizados conforme cláusula 11.

3.1.3 INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (IHA) – Garante ao segurado, o pagamento do valor contratado e definido no Certificado Individual de Seguro para esta cobertura, proporcional ao período de internação do segurado, desde que a internação hospitalar seja causada por acidente coberto, observada a franquia estipulada na cláusula 12 e demais cláusulas destas Condições Gerais.

3.1.3.1. A **Internação Hospitalar** poderá ser realizada em hospital de livre escolha do segurado, desde que legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

3.1.3.2. A indenização será calculada tomando-se como base o número de dias de internação, descontada a franquia estabelecida na cláusula 12, multiplicado pelo valor de cada diária. O capital segurado contratado para esta cobertura corresponde a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias durante o período de vigência anual do seguro, em um ou mais eventos ocorridos durante sua vigência, sendo o valor de uma diária obtido pela divisão do capital por 365 (trezentos e sessenta e cinco).

3.1.3.3. A internação tem início com a comprovação médica da hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados as definições e os limites estabelecidos nestas Condições Gerais e no Certificado Individual do Seguro.

3.1.3.4. No caso de divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, bem como a avaliação da internação hospitalar relacionada ao segurado, será proposta pela seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação do segurado, a constituição de uma junta médica.

3.1.3.5. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

3.1.3.6. 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.

3.1.3.7. As providências que a seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento de indenização de Diárias por Internação Hospitalar por Acidente ou do capital segurado contratado para esta cobertura.

3.1.3.8. A seguradora reserva-se o direito de realizar perícias médicas para comprovar o evento e o número de diárias de internação hospitalar decorrente de acidente.

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

3.1.4. AUXÍLIO FUNERAL: garante o reembolso das despesas gastas com o sepultamento ou cremação, limitado ao capital segurado contratado para esta cobertura, com a possibilidade de substituição do reembolso pela prestação dos serviços de funeral 24 horas, na ocorrência de morte do segurado por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, observadas as demais cláusulas destas condições gerais.

3.1.4.1. O plano disponibilizado aos segurados, será definido no Certificado Individual de Seguro, de acordo com a opção contratada especificada na cláusula 3.2, podendo ser:

a) Plano Familiar - garante o auxílio funeral em caso de morte do segurado principal, cônjuge e filhos;
b) Plano Individual - garante o auxílio funeral em caso de morte do segurado principal.

3.1.4.2. Para ser elegível ao plano familiar, o segurado dependente deverá ter no máximo 70 (setenta anos) anos de idade completos e estar em perfeito estado de saúde física e mental, quando da contratação do seguro.

3.1.4.3 Da prestação de serviços de auxílio funeral 24 horas:

Riscos Cobertos

a) Garante o traslado, funeral, sepultamento ou cremação;

b) formalidades administrativas, uma vez que, serão tomadas todas as providências relativas à documentação necessária ao sepultamento, podendo a família acompanhar tais medidas, se assim o quiser;

c) urna funerária, coroa de flores, ornamentação da urna funerária, paramentos funerários, mesa de condolências, velório, registro de óbito e carro funerário.

3.1.4.4. O sepultamento será realizado no túmulo ou no jazigo da família, ou a cremação, caso essa opção tenha sido formalizada em vida pelo segurado, observando-se o seguinte:

a) caso o município não disponha do serviço de cremação, mas a família venha a optar por esse procedimento, as despesas com o traslado do corpo até o local da cremação ficarão a cargo da família;

b) não estão amparadas por essa cobertura, as despesas com a eventual exumação dos corpos que já estejam no jazigo ou túmulo, quando do sepultamento do segurado.

3.1.4.5. Caso a família não disponha de local para o sepultamento, será alugado um jazigo, por um período de 3 (três) anos, a contar da data do evento. A locação será válida somente para cemitérios municipais e ocorrerá conforme disponibilidade de jazigo existente no local.

3.1.4.6. Caso a família opte por fazer o sepultamento na mesma localidade do evento, e não sendo este o município de domicilio do finado, será providenciada passagem aérea na classe econômica, ou passagem rodoviária, para que um membro da família possa acompanhar o sepultamento.

3.1.4.7. Em caso de falecimento do segurado durante viagem ao exterior, serão atendidas as formalidades necessárias para o repatriamento/retorno do corpo, com transporte em esquife até o município de domicílio do falecido.

3.1.4.8 Caso o óbito ocorra no exterior e a família opte pelo sepultamento/cremação na localidade do evento, será providenciada uma passagem aérea (classe econômica), para que um membro da família possa acompanhar o sepultamento.

3.1.4.9. Caso o segurado seja o titular de mais de um seguro que lhe ofereça os serviços de assistência funeral, a cobertura Auxílio Funeral será limitada ao seu valor total, conforme estabelecido no certificado individual do seguro. Assim, o valor especificado no certificado individual não será, em nenhuma hipótese, acumulado em função do segurado possuir mais de um seguro. No caso do segurado possuir a mesma cobertura em outra seguradora, as indenizações, quando não for acionado o serviço, não se acumulam, respondendo cada seguradora pela sua parte nas despesas, proporcional aos riscos assumidos, até o valor de sua importância segurada.

3.1.4.10. A cobertura de Auxílio Funeral destina-se exclusivamente à indenização, ao reembolso das despesas gastas com funeral, ou à prestação dos referidos serviços, limitados ao capital segurado contratado para esta cobertura, mediante a apresentação dos comprovantes originais das respectivas despesas.

3.1.4.11. O valor da indenização da cobertura de Auxílio Funeral, conforme definido no certificado individual, será o mesmo para cada membro da família.

3.2. A contratação das coberturas acima deverá respeitar as seguintes combinações:

a) Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Internação Hospitalar por Acidente e Auxílio Funeral Plano Individual; ou

b) Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Internação Hospitalar por Acidente e Auxílio Funeral Plano Familiar;

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro, e, portanto, a seguradora não indenizará, os eventos ocorridos em conseqüência:

a) de lesões, acidentes, seqüelas ou doenças preexistentes à inclusão do segurado no presente seguro, não declarados na proposta de adesão e de conhecimento do segurado e/ou estipulante;

b) de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

c) de suicídio ou a tentativa de suicídio, se ocorridos nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato de seguro;

d) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada, ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ionizantes;

e) de atos ou operação de guerra, declarada ou não, da guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se conseqüente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem.

f) de acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas conseqüências;

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

h) de 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 ferimentos visíveis, causado em decorrência de acidente coberto, exceto para a cobertura de

Auxílio Funeral;

i) de intercorrências ou complicações conseqüentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;

j) das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

k) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

l) da prática, por parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;

m) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando 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.

n) internações decorrentes de acidentes ocorridos fora do período de cobertura ou vigência da apólice.

o) eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 1 destas Condições Gerais, exceto para a cobertura de Auxílio Funeral.

4.2. Estão expressamente excluídos da Cobertura Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Auxílio Funeral, e, portanto, a seguradora não indenizará ou responderá pela cobertura nas seguintes situações:

a) evento conseqüente de inundações, furacão, erupção vulcânica, tempestades, terremotos, movimentos sísmicos;

b) evento conseqüente da ocorrência de irradiação decorrente de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade, bem como casos de força maior;

4.3. Estão expressamente excluídos da Cobertura Auxílio Funeral, e, portanto, a seguradora não indenizará ou responderá pela cobertura nas seguintes situações:

a) traslado do corpo para cremação desde a localidade do evento até outro município onde a cremação será efetuada;

b) aquisição de jazigo;

c) exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;

d) Auxílio Funeral nas localidades onde a legislação não permitir intervenção do serviço;

5. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

5.1. Os componentes do grupo segurável poderão ser incluídos no seguro, mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão ao seguro pelo proponente, por seu representante legal, ou pelo corretor de seguros, bem como, após a entrega de todos os documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

5.1.1. A seguradora fornecerá ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros, o protocolo de recebimento da proposta de adesão, contendo a data e hora do recebimento da mesma.

5.1.2. Para ingresso no seguro, a idade mínima é de 14 (quatorze) anos e a máxima de 70 (setenta) anos completos, na data da entrega da proposta de adesão ao seguro, desde que os proponentes se encontrem em perfeito estado de saúde física e mental e em plena atividade laborativa.

5.2. A partir do recebimento da proposta de adesão ao seguro pela seguradora, iniciar-se-á o prazo de 15 (quinze) dias para a seguradora manifestar-se sobre a proposta.

5.2.1. O simples recebimento do prêmio não implica em aceitação do seguro por parte da seguradora.

5.2.2. A não manifestação formal da seguradora com relação à proposta, no prazo estipulado no item 5.2, implicará em aceitação do risco.

5.2.3. A solicitação de documentos complementares para a análise e aceitação do risco poderá ser efetuada uma única vez, durante o prazo previsto no item **5.2.**.

5.2.4. No caso de solicitação de documentos complementares, o prazo previsto no item **5.2.** ficará suspenso, voltando a correr na data em que se efetivar a entrega de toda a documentação.

5.2.5. A cada segurado incluído no seguro e a cada renovação será enviado um certificado individual de seguro. O prazo para emissão do certificado individual é de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de aceitação da proposta de adesão.

5.2.6. Caso ocorra algum sinistro coberto durante o prazo previsto no item **5.2.**, estando o risco proposto dentro das condições normais de aceitação da seguradora, a indenização devida será paga.

5.3. No caso da não aceitação da proposta de adesão ao seguro, a seguradora deverá, no prazo de 15 (quinze) dias previsto no item **5.2.**, comunicar por escrito o proponente, seu representante legal, ou corretor de seguros, justificando a recusa. O seguro estará automaticamente aceito caso a seguradora não manifeste a recusa da proposta por escrito ao proponente, ao seu representante legal ou ao corretor de seguros no prazo previsto no item **5.2.**

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

5.4. O seguro será renovado automaticamente por uma única vez, salvo manifestação prévia, em contrário do segurado, do estipulante ou da seguradora, no mínimo 60 (sessenta) dias antes do final de vigência do certificado individual.

5.5. O estipulante poderá efetuar a renovação expressa do seguro, quando não implicar em ônus ou dever para os segurados.

5.5.1. No caso de renovação efetuada pelo estipulante, a seguradora enviará ao segurado, proposta simplificada de adesão ao seguro por um novo período e certificado individual de seguro atualizado.

5.5.2. Caso haja na renovação da apólice coletiva, alteração da apólice que implique em ônus ou dever dos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ (três quartos) do grupo segurado.

5.5.3. Se o segurado não receber o comunicado de término de vigência ou a proposta simplificada de adesão ao seguro por um novo período, deverá comunicar o fato à seguradora.

5.6. Será facultado ao segurado o direito de arrependimento da contratação do seguro, no prazo de 7 (sete) dias a contar do início de vigência da contratação deste seguro, no certificado individual.
5.6.1. Nesta hipótese serão devolvidos todos os valores relativos ao prêmio pago, devidamente corrigidos conforme cláusula 11.

5.7. As condições gerais do seguro estarão à disposição do proponente, ou de seu representante legal, previamente à contratação do seguro.

6. VIGÊNCIA E EXTINÇÃO DO SEGURO INDIVIDUAL

6.1. Seguro Individual:

6.1.1. O seguro individual vigorará pelo prazo de 1 (um) ano, com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas no certificado individual.

6.1.1.1. Os contratos de seguro cujas propostas forem recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a partir da data de aceitação da proposta de adesão pela seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes;

6.1.1.2. Os contratos de seguro cujas propostas forem recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência do seguro a partir da data de recepção da proposta de adesão pela seguradora;

6.1.1.3. O final de vigência especificado no certificado individual não poderá, em qualquer hipótese, ultrapassar a vigência da apólice mestra."

6.2. O seguro será extinto nas seguintes situações:

a) com a morte do segurado;

b) com o pagamento da indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente ao segurado;

c) por solicitação do segurado, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias, no mínimo;

d) se o prêmio do seguro não for pago no prazo previsto no subitem 10.2 da cláusula 10 "INADIMPLÊNCIA";

e) se o segurado, seu beneficiário ou seu representante legal agirem com dolo, praticarem ato ilícito ou contrário à lei, cometerem fraude ou tentativa de fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato, simulando ou provocando sinistro ou ainda agravando as conseqüências do mesmo para obter indenização ou dificultar a sua elucidação;

f) se o segurado principal agir de má fé e não fizer declarações verdadeiras e completas, omitir circunstâncias do seu conhecimento que possam influir na aceitação, na taxação ou no conhecimento exato e caracterização do risco;

g) na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente contrato;

h) com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da apólice mantida entre o estipulante e a seguradora, respeitado o período correspondente ao prêmio pago pelo segurado;

i) com o cancelamento do contrato de seguro em razão das circunstâncias definidas nas alíneas 'e' e 'f', implicará na perda do direito ao recebimento de qualquer restituição de prêmio e indenização;

j) com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante, e desde que o estipulante não permita a manutenção do segurado no plano;

k) findo o prazo de vigência do seguro individual, sem que o mesmo tenha sido renovado.

6.3. Cancelado o seguro, as coberturas só poderão ser reabilitadas mediante o preenchimento de nova proposta de adesão e análise de aceitação por parte da seguradora.

7. VIGÊNCIA E EXTINÇÃO DA APÓLICE

7.1. A apólice vigorará pelo prazo de 5 (cinco) anos, contado da data de sua contratação, sendo renovada automaticamente ao final do período, limitado a uma renovação automática.

7.1.1. As renovações posteriores da apólice coletiva serão feitas de forma expressa entre o estipulante e a seguradora, desde que não implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

7.1.2. Caso haja na renovação da apólice coletiva, alteração da apólice que implique em ônus ou dever dos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ (três quartos) do grupo segurado.

7.1.3. Terminada a vigência da apólice, esta poderá ou não ser renovada pela seguradora ou estipulante, mediante aviso prévio e expresso, no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

7.1.4. No caso de não renovação da apólice coletiva, as condições contratuais terão sua vigência estendida, pelo estipulante e pela seguradora, até a extinção de todos os riscos cobertos relativos aos prêmios já pagos.

7.2. A apólice será cancelada nas seguintes situações:

a) a qualquer momento de sua vigência, em decorrência de acordo específico firmado entre a seguradora e o estipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ (três quartos) do grupo segurado;

b) pelo descumprimento de quaisquer das cláusulas estabelecidas nestas condições gerais;

c) se houver a caracterização de dolo ou prática de fraude por parte do estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência da apólice.

d) cancelado o seguro, as coberturas só poderão ser reabilitadas mediante o preenchimento de nova proposta de contratação e análise de aceitação por parte da seguradora.

8. CAPITAL SEGURADO

8.1. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

a) no caso de morte do segurado, a data do acidente;

b) no caso de invalidez do segurado, a data do acidente.

c) no caso de internação hospitalar, a data da internação, descontado o período de franquia.

8.2. A reintegração do capital segurado, no caso de indenização de Invalidez Permanente Parcial por Acidente, será automática após a ocorrência do sinistro, salvo se a invalidez decorrer direta ou indiretamente do mesmo acidente.

8.3. Os Capitais Segurados serão definidos na Proposta de Adesão, obedecendo os limites mínimos e máximos comercializados pela Seguradora.

9. PAGAMENTO DE PRÊMIO

9.1. O presente seguro será totalmente contributário, ou seja, 100% (cem por cento) do prêmio será pago pelo segurado.

9.2. O não repasse dos prêmios por parte do estipulante à seguradora, no prazo estabelecido, desde que não caracterizada a inadimplência do segurado, não consistirá em motivo para o cancelamento do seguro individual, ficando o estipulante sujeito às cominações legais.

9.3. O pagamento do prêmio será mensal.

9.4. Caso a data limite para pagamento caia em fim de semana ou feriado bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia útil subseqüente.

9.4.1. Na ocorrência de algum sinistro dentro do prazo de pagamento do prêmio, sem que o mesmo tenha sido efetuado, o direito à indenização não estará prejudicado.

9.5. Para este seguro não está previsto alteração dos prêmios pela idade do segurado. Anualmente, os prêmios estão sujeitos à atualização monetária conforme cláusula **11**.

10. INADIMPLÊNCIA

10.1. A falta de pagamento do prêmio na data de seu vencimento caracterizará a inadimplência imediata do segurado.

10.2. O segurado terá o prazo de tolerância de 03 (três) meses para a quitação do prêmio em atraso.

10.2.1. Não sendo purgada a mora no prazo previsto no item 10.2., o seguro será automaticamente cancelado, independentemente de notificação, protesto ou interpelação.

10.2.2 Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de tolerância mencionado no item 10.2.

10.3. A ausência de fundos na conta bancária indicada pelo segurado para que seja processada a cobrança automática da quantia relativa ao prêmio na data do vencimento do mesmo, caracterizará a inadimplência e conseqüente mora do segurado, iniciando o prazo de tolerância para a purgação da mora, previsto no item 10.2.

11. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

11.1. As obrigações pecuniárias do seguro, listadas nestas Condições Gerais, sujeitam-se à atualização monetária pelo IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado, da Fundação Getúlio Vargas.

11.1.1. A atualização monetária das obrigações pecuniárias, será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade e o publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

11.1.2. No caso de recusa do risco, ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias para a devolução do prêmio ao segurado, os valores serão devolvidos ao proponente, devidamente atualizados, a partir da data da formalização da recusa, que é a data de exigibilidade.

11.1.3. No caso de recebimento indevido de prêmio, ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias para a devolução do prêmio ao segurado, os valores serão devolvidos ao proponente, devidamente atualizados desde a data de recebimento pela seguradora.

11.1.4. No caso de cancelamento do contrato, ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias para a devolução do prêmio ao segurado, os valores a serem devolvidos serão atualizados monetariamente a partir da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.

11.1.5. Na hipótese de não pagamento da indenização no prazo de 30 (trinta) dias a contar do recebimento dos documentos necessários à regulação do sinistro, o valor devido será atualizado monetariamente a partir da data de ocorrência do evento.

11.2. Os capitais segurados e seus correspondentes prêmios, sujeitam-se à atualização monetária pelo IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado, da Fundação Getúlio Vargas.

11.2.1. A atualização monetária dos capitais segurados e seus correspondentes prêmios, será efetuada com base na variação acumulada dos últimos doze meses, na forma da publicação procedida 2 (dois) meses imediatamente anteriores ao do aniversário do risco individual.

11.3. No caso de extinção do índice estabelecido nessas condições gerais, deverá ser utilizado o IPC/FIPE – Índice de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo.

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

12. FRANQUIA

12. Será aplicada franquia de 1 (um) dia para a cobertura de internação hospitalar por acidente (IHA), em cada período de internação.

12.1 A franquia será contada a partir da configuração da Internação Hospitalar, observado o item 12.1.2.

12.1.2. Só estará configurada a Internação Hospitalar, para fins deste seguro, quando ocorrer internação em hospital por período superior a 24 (vinte e quatro) horas.

13. JUROS DE MORA

13.1. O não-cumprimento das obrigações pela seguradora e pelo segurado ora previstas, os sujeitarão aos juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, mais a atualização monetária prevista na cláusula **11.**

13.2. Os juros de mora serão aplicáveis a partir do primeiro dia posterior ao término dos prazos fixados nestas Condições Gerais.

13.3. O pagamento de valores relativos aos juros moratórios far-se-á independentemente de notificação, protesto ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

14. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

14.1. Na cobertura de Morte Acidental, o segurado poderá indicar, livremente e a qualquer tempo, os beneficiários que desejar, ressalvadas as restrições legais.

14.2. Caso não haja indicação dos beneficiários pelo segurado no ato da contratação do seguro, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, na coberturas de Morte Acidental do segurado, o capital segurado será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida à ordem de vocação hereditária.

14.2.1. O companheiro poderá ser indicado como beneficiário se, no ato da contratação do seguro, o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

14.3. Nas coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Internação Hospitalar, o beneficiário será o próprio segurado.

14.4. A pessoa jurídica poderá ser beneficiária do segurado, se comprovar o legítimo interesse para figurar nessa condição.

14.5. No caso de suicídio, nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato de seguro, o beneficiário não terá direito ao capital segurado, cabendo a seguradora a devolução ao mesmo, da reserva técnica formada, nos casos em que for tecnicamente possível a devolução.

15. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

15.1. Em caso de ocorrência de sinistro que possa vir a ser indenizável por este contrato, deverá o segurado, ou quem suas vezes fizer, sob pena de perder o direito à indenização:

15.1.1. Comunicar o sinistro imediatamente à seguradora pelas vias mais rápidas ao seu alcance, sem prejuízo da comunicação por escrito, através do preenchimento e entrega do formulário denominado "Aviso de Sinistro".

15.1.2. Registrar a ocorrência do sinistro junto às autoridades competentes, observada a relação disposta no item **15.5** destas condições gerais.

15.1.3. Fazer constar da comunicação escrita a data, a hora, o local, os valores e as causas possíveis, bem como todas as informações e esclarecimentos sobre as circunstâncias associadas ao evento.

15.1.4. Além dos documentos citados no item **15.5** destas condições gerais, para cada cobertura, a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

15.1.5. O prazo máximo para pagamento da indenização será de até 30 (trinta) dias, contados da data em que a seguradora receber todos os documentos básicos, previstos no item **15.5.**, destas condições gerais:

15.1.6. Será suspensa a contagem do prazo, no caso de solicitação de nova documentação complementar, voltando a correr o prazo a partir do dia útil subseqüente à entrega de toda a documentação solicitada, conforme previsto no item **15.1.5.**.

15.1.7. O não pagamento da indenização no prazo previsto no item **15.1.5.**, implicará na aplicação de juros de mora, de acordo com a cláusula **13**, sem prejuízo de sua atualização de acordo com a cláusula **11**.

15.2. Para o recebimento da indenização, deverá o segurado e/ou beneficiário (s) prestar toda a assistência que se fizer necessária e provar satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como, relatar todas as circunstâncias relacionadas ao sinistro, sendo facultado à seguradora a adoção de medidas tendentes à plena elucidação do fato.

15.3. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do segurado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

15.4. Os atos ou providências que a seguradora praticar, após o sinistro, não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado reclamado.

15.5. Documentos necessários para a liquidação dos sinistros:

Legenda:

MA - Morte Acidental
IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Segurado
IHA – Internação Hospitalar
AF - Auxílio Funeral

	DOCUMENTOS PRINCIPAIS	MA	IPA	AF	IHA
SEGURADO	Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido e com firma reconhecida do médico assistente	X	X		X
	Cópia autenticada do RG do segurado sinistrado	X	X		X
	Cópia autenticada do CPF do segurado sinistrado	X	X		X
	Cópia autenticada da Certidão de Óbito	X			
	Cópia autenticada da Certidão de Nascimento	X			
	Cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada pós-óbito	X			
	Cópia autenticada da Declaração de Convivência Marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas (se convivia com alguém)	X			
	Cópia simples do Comprovante de Endereço (do segurado sinistrado)	X	X		X
	Cópia autenticada da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor)	X	X		X
	Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial quando a morte ocorrer na Residência		X		
	Cópia autenticada da Declaração Pública de três testemunhas informando quantos e quais são os herdeiros do segurado (se houver)	X			
	Cópia autenticada do CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho (para o caso de acidente na empresa)	X	X		X
	Cópia autenticada do Laudo Cadavérico do Instituto Médico Legal	X			
	Cópia autenticada do Laudo de Levantamento do Local de Acidente elaborado pelo Instituto de	X	X		X

	Criminalística (se houver)				
	Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico	X	X		X
	Cópia autenticada do Resultado do Exame de Dosagem Alcoólica	X	X		X
	Original do RX das Lesões e Exames Realizados		X		X
	Telefones do Assistência Funeral: - Brasil - 0800 178266 - Exterior: (51 11) 4133-6536 (ligação a cobrar) Informar: - Nome e CPF do segurado; - Local e número do telefone pelo qual poderão ser encontrados familiares do finado.			X	
	Comprovantes originais de despesas realizadas com funeral			X	
BENEFICIÁRIO	Comprovantes originais de despesas realizadas com funeral	X			
	Cópia autenticada do CPF dos beneficiários	X			
	Cópia simples do Comprovante de Endereço (dos beneficiários)	X			
	Cópia autenticada da Certidão de Nascimento	X			
	Cópia autenticada da Certidão de Óbito	X			
	Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário	X	X		

16. PERDA DE DIREITOS

16.1. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

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

16.2.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

16.2.1.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, após a cobrança da diferença de prêmio cabível ou restringir a cobertura contratada.

16.2.1.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, e reter do prêmio originalmente pactuado, acrescido a diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido;

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, após a cobrança da diferença de prêmio cabível, ou deduzir esta diferença do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário, ou restringir a cobertura contratada para riscos futuros.

16.2.1.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado:

a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização e deduzir do valor a ser pago, a diferença de prêmio cabível.

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

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

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

17. DO ESTIPULANTE

17.1. Obrigações do estipulante:

17.1.1. Fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais.
17.1.2. Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido nas condições gerais do seguro contratado.

17.1.3. Informar mensalmente à seguradora a relação individual dos segurados elegíveis ao seguro.

17.1.4. Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro.

17.1.5. Repassar os prêmios à seguradora. Caso esse repasse não seja efetuado, os segurados não perdem o direito à indenização em caso de sinistro coberto.

17.1.6. Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes ao seguro.

17.1.7. Discriminar a razão social da seguradora, nos documentos e comunicações referentes aos seguros, objeto deste contrato.

17.1.8. Avisar à seguradora, tão logo tenha conhecimento da ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro.

17.1.9. Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação dos sinistros.

17.1.10. Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado.

17.1.11. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

17.1.12. Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

17.2. É expressamente vedado ao estipulante:

17.2.1. Cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela seguradora.

17.2.2. Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

17.2.3. Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado.

17.2.4. Vincular a contratação do seguro objeto destas condições gerais a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

17.3. Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao estipulante, constará do certificado individual, o percentual e valor deste pagamento, sendo o segurado informado sobre qualquer alteração que houver.

18. DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco.

18.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte desta Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

18.3. Para os casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

18.4. O segurado poderá consultar a situação cadastral de sua corretora de seguros ***nomecorretora***, no site **www.susep.gov.br**, por meio do número de seu registro na SUSEP nº ***númeroregistro***, denominação social ou CNPJ ***númerocnpj.***

18.5. Mediante a contratação do seguro, o segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas dos seus direitos que se encontram ressaltadas em negrito no texto destas condições gerais.

18.6. Na hipótese de rescisão do contrato de seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
18.7. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá de anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado.

19. PRESCRIÇÃO

19.1. O direito do segurado e/ou beneficiário em pleitear indenização junto à seguradora prescreve nos prazos previstos em lei.

20. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

20.1. O presente seguro cobre sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre ou território nacional, sendo os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos

necessários ao recebimento de indenização correrão a cargo da Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A. (atual denominação social da Santander Seguros S/A)

21. FORO

21.1. O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro entre o segurado, beneficiário e a seguradora, será sempre o foro de domicílio do segurado ou beneficiário, conforme o caso.

21.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A.
(atual denominação social da Santander Seguros S/A)
CNPJ: 87.376.109/0001-06