



**SEGURO
ACIDENTES PESSOAIS
MÉDICOS**

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO ACIDENTES PESSOAIS – MÉDICOS
CONDIÇÕES GERAIS

Seguro Acidentes Pessoais MÉDICOS

Condições Gerais

Versão 1

Processo SUSEP: 15414.900894/2017-00
CNPJ: 87.376.109/0001-06

SEGURO ACIDENTES PESSOAIS – MÉDICOS CONDIÇÕES GERAIS

■ ÍNDICE

1. DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIAS DO SEGURO	4
2. OBJETIVO DO SEGURO	9
3. COBERTURAS DO SEGURO	9
4. RISCOS EXCLUÍDOS	15
5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS	17
6. CARÊNCIA E FRANQUIA	18
7. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO NO SEGURO	18
8. VIGÊNCIA DO SEGURO	19
9. RENOVAÇÃO DO SEGURO	20
10. CAPITAL SEGURADO	20
11. PRÊMIO E PAGAMENTO DO SEGURO	21
12. FALTA DE PAGAMENTO E PRAZO DE TOLERÂNCIA DO SEGURO	21
13. CANCELAMENTO DO SEGURO	22
14. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO	23
15. JUROS DE MORA	23
16. BENEFICIÁRIO DO SEGURO	24
17. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	24
17.1. COMO PROCEDER EM CASO DE SINISTRO	24
18. PERDA DE DIREITOS	26
19. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	27
20. SUB-ROGAÇÃO	28
21. TRIBUTOS	28
22. DISPOSIÇÕES GERAIS	28
23. PRESCRIÇÃO	29
24. FORO	29

SEGURO ACIDENTES PESSOAIS – MÉDICOS CONDIÇÕES GERAIS

A Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A., designada Seguradora, e o proponente, aqui designado Estipulante, contratam o **Seguro Acidentes Pessoais – Médicos**, nas condições que se seguem:

■ 1. DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIAS DO SEGURO

A

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

a. incluem-se nesse conceito:

a.1. o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor; **a.2.** os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; **a.3.** os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; **a.4.** os acidentes decorrentes de 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, definido em acidente pessoal.

Aceitação: é a aprovação, pela Seguradora, da proposta a ela submetida para contratação de seguro.

Aditivo: é o documento expedido pela Seguradora, durante a vigência do contrato, que formaliza toda e qualquer alteração das condições do seguro. Uma vez anexado às condições do seguro, o aditivo prevalece sobre as condições inicialmente contratadas.

Agravação de Risco: são circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora, independente ou não da vontade do Segurado e, dessa forma indicam um aumento de taxa ou alteração das condições normais de seguro.

Ato Doloso: são os danos materiais diretamente causados aos bens segurados por qualquer pessoa ou grupo de pessoas que tenham agido contra o patrimônio de terceiros com intenção de causar prejuízo.

Apólice de Seguro: é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante do seguro.

Aviso de Sinistro: é a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado ou o Beneficiário é obrigado a fazer a Seguradora, assim que tenha o seu conhecimento.

B

Beneficiário: é a pessoa física ou jurídica designada a receber o valor do capital segurado, limitado ao 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.

Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do certificado individual do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as coberturas ou algumas delas, exceto as coberturas de acidente pessoal.

Certificado Individual de Seguro: é o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora quando da aceitação do seguro, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio. Este documento contém informações particulares do seguro, coberturas contratadas, capitais segurados, prêmios, vigência e beneficiários etc.

Coberturas do Seguro: são as garantias passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, definidas nestas condições. As coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente da proposta, da apólice e do certificado individual de seguro.

Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes, das condições gerais, do contrato, da apólice, do endosso, do aditivo, da proposta de adesão e do certificado individual de seguro.

Condições Gerais: é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, do Estipulante, dos Segurados, e dos Beneficiários.

Contrato de Seguro: Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que tem por objetivo estabelecer as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixar os direitos e as obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

Corretor de Seguros: é o profissional autônomo, pessoa natural ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) para intermediar e promover contratos de seguros, de acordo com a Lei nº 4.594/2164 e no Decreto-lei nº 73/1966. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), nome completo, CNPJ ou CPF.

D

Data do evento: data da ocorrência do evento/risco coberto.

Danos Corporais: é o dano físico a pessoa (lesão, incapacidade ou morte).

Danos Estéticos: é o dano que se caracteriza por alteração duradoura ou permanente da aparência externa da pessoa, causando-lhe reduções, deformidades, deformações, marcas estéticas no padrão de beleza **não estando cobertos em hipótese alguma pelo presente produto.**

Danos Morais: é a denominação dada a tudo que traz como consequência ofensa à honra, ao afeto,

à liberdade, à profissão, ao respeito aos mortos, à psique, à saúde, ao nome, à imagem, ao crédito, ao bem-estar e à vida, sem que necessariamente haja prejuízo econômico, **não estando cobertos em hipótese alguma pelo presente produto.**

Doenças, lesões, sequelas e acidentes preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado, anteriormente à data de início de vigência do seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na proposta de adesão ao seguro. Caracteriza-se, ainda, quando o Segurado omite tratamento realizado na contratação do seguro. A omissão dessas doenças ou lesões, por ocasião da contratação do seguro, poderá ensejar a perda de direito ao seguro.

Dolo: é a prática intencional de ato ou omissão de fato d e que resulte crime. É a vontade deliberada de produzir o dano.

E

Estipulante: é a pessoa jurídica que contrata apólice coletiva de seguros em nome dos Segurados, representando-os perante a Seguradora.

Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nestas condições gerais do seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

G

Grupo Segurado: é a totalidade de componentes do grupo segurável que tenha proposto o seu respectivo ingresso no seguro e que nele tenha sido incluído, após aceitação da Seguradora.

Grupo Segurável: é constituído pelas jurídicas vinculadas 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, creches, 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

Internação Hospitalar: 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.

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

M

Má-Fé: é a Intenção dolosa. Intenção de prejudicar ou fraudar outrem. Praticar mal que é capitulado como crime.

Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). **Não serão aceitos como Médico**

Assistente o próprio Segurado, parentes consanguíneos ou afins, com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.

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.

P

Prejuízo: é a perda econômica/material decorrente dos eventos cobertos pelo seguro.

Prêmio: é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. O pagamento em dia do prêmio é imprescindível para que o Segurado possa fazer jus às coberturas deste seguro.

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

Proponente: é a pessoa física que tendo interesse segurável e propõe à Seguradora, a aceitação do seguro, apresentando-lhe a proposta de seguro, devidamente preenchida e assinada.

Proposta de Adesão: é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, expressa física ou eletronicamente (por meio de login e senha ou certificado digital ou outro meio remoto) a intenção de aderir à contratação coletiva, relativa às coberturas previstas neste seguro, manifestando pleno conhecimento das condições gerais do mesmo.

Proposta de Contratação: é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de contratar às coberturas previstas neste seguro, manifestando pleno conhecimento das condições gerais do mesmo.

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 pelas 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, sendo chamado de regime de caixa e não havendo a possibilidade de devolução ou resgate de prêmios o Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

Renovação: é a continuidade da cobertura de um seguro, geralmente por meio da emissão de nova apólice e certificado individual de seguro, nos casos de apólices coletivas, nas mesmas condições que vigoravam anteriormente ou sob novas condições, neste último caso sempre que tenha havido alterações no objeto do seguro, no interesse segurado ou nas bases tarifárias do seguro.

Risco Coberto: é um evento incerto, aleatório, possível, concreto, lícito e fortuito, causador de dano material ou corporal que gere um prejuízo ou uma necessidade econômica, que não esteja expressamente indicado como Risco Excluído e que não se enquadre em uma das hipóteses de perda do direito à cobertura do seguro, o qual será assumido pela Seguradora mediante o pagamento do prêmio por parte do Segurado, desde que previsto nas condições contratuais do seguro.

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

S

Segurado: é a pessoa física contratante do seguro, neste seguro, na qualidade de prestador de serviços profissionais médico, com cadastro no Conselho Regional de Medicina (CRM).

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.

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

Susep: é a Superintendência de Seguros Privados – autarquia federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.

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 de Seguro.

■ 2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. O presente seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou ao seu Beneficiário, o recebimento da indenização, limitada ao capital segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos nas coberturas contratadas, durante o período de vigência deste seguro, **respeitadas as demais cláusulas destas condições gerais e do contrato de seguro.**

■ 3. COBERTURAS DO SEGURO

As coberturas descritas a seguir, não podem ser contratadas isoladamente.

3.1. Morte Acidental: garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização, limitado ao capital segurado contratado para esta cobertura, na ocorrência de morte do segurado consequente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições gerais.**

3.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: garante ao Segurado o pagamento de uma indenização nas hipóteses e nos graus estabelecidos na Tabela para o Cálculo da Indenização, proporcional ao capital segurado contratado para esta cobertura, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições gerais.**

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

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
SEQUELAS CONSIDERADAS INVALIDEZ TOTAL	
- Perda total da visão de ambos os olhos	100
- Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
- Perda total do uso de ambas as mãos	100
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
- Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100

- Perda total do uso de ambos os pés	100
- Alienação mental total e incurável	100
- Nefrectomia Bilateral	100

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
----------------------	-----------------------------------

SEQUELAS CONSIDERADAS 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	7
- Unilateral com fístulas	5
- Bilateral	14
- Bilateral com fístulas	25

LESÕES DA PÁLPEBRA, ÓRBITA, CÓRNEA, ESCLERA E ÍRIS

- Ectrópio unilateral	3
- Ectrópio bilateral	6
- Entrópio unilateral	7
- Entrópio bilateral	14
- Má oclusão palpebral unilateral	3
- Má oclusão palpebral bilateral	6
- Ptose palpebral unilateral	5
- 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	8
- Perda total das duas orelhas	16

NARIZ

- Perda total do nariz	25
- Perda total do olfato	7
- 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
- Sequelas 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	9
- Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
- Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
- Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
- Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

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 tornozelo	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	3
- Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a ½ e dos demais dedos, equivalente a ⅓ do respectivo dedo	

ENCURTAMENTO DE UM DOS MEMBROS INFERIORES

- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- De 4 (quatro) centímetros	10
- De 3 (três) centímetros	6
- Menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

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 (mais de 50%)	30

SISTEMA DIGESTÓRIO 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
- 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	5
- 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	7

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 PSIQUIÁTRICA

- Síndrome pós-concussional	10
- Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	2

MAMAS

- Mastectomia unilateral	10
- Mastectomia bilateral	20

3.2.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora deve pagar uma indenização de acordo com os percentuais previstos na tabela para cálculo da indenização, em função da seqüela caracterizada, de acordo ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura.

3.2.2.1. 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 porcentagens de 75%, 50% e 25%.

3.2.2.2. Nos casos não especificados na tabela para cálculo da indenização, a indenização será estabelecida tomando-se por base o grau da redução permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

3.2.3. 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.

3.2.3.1. 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.

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

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

3.2.6. Reconhecida pela Seguradora a Invalidez Permanente Total por Acidente, a indenização será paga de uma única vez e o Segurado será automaticamente excluído do seguro, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após a data de reconhecimento da invalidez, devidamente atualizados conforme **item 14**.

3.2.7. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, o valor de indenização já pago será deduzido do valor do capital segurado por morte.

3.2.8. A reintegração do capital segurado, no caso por Acidente, será automática após a ocorrência do de indenização de Invalidez Permanente Parcial sinistro.

3.2.9. 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.

3.3. Diária de Internação Hospitalar por Acidente: garante ao Segurado o pagamento de diárias, com os valores determinados na proposta de adesão e no certificado individual do seguro, referentes à internação hospitalar decorrente de acidente pessoal coberto, em caráter estritamente emergencial, entendendo-se como tal, todas as internações que não sejam eletivas e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições gerais.**

3.3.1. 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.

3.3.2. A indenização será calculada tomando-se como base o número de dias de internação, descontada a franquia estabelecida no **item 6.2.1**. O capital segurado contratado para esta cobertura corresponde a 180 (cento e oitenta) 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 segurado por 180 (cento e oitenta).

3.3.3. A internação tem início com a comprovação médica da hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados as demais definições e os limites destas condições gerais.

3.4. Diária de Incapacidade Temporária por Acidente: garante ao Segurado o pagamento de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente, por período temporário, de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação de seu médico assistente, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia

definidas, e observado o limite de diárias, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições gerais.**

3.4.1. O número de diárias a ser indenizado será determinado em função da necessidade comprovada de afastamento temporário do Segurado de suas atividades profissionais, comprovada por relatório do médico assistente do Segurado, observados o limite máximo de diárias, o período de carência e a franquia determinadas para este seguro. A Seguradora poderá indicar perícia médica para os casos onde não haja determinação da quantidade de diárias necessárias para retorno às atividades profissionais ou em caso de discordância da quantidade apontada pelo médico assistente do segurado, conforme estabelecido no **item 17.2.**

3.4.1.1. A indenização será calculada tomando-se como base o número de dias comprovadamente afastados de suas atividades laborais, descontada a franquia estabelecida no **item 6.2.2**, ou seja, a cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite contratual máximo por evento fixado nestas condições gerais.

3.4.1.2. O capital segurado contratado para esta cobertura corresponde a 60 (sessenta) 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 segurado por 45 (quarenta e cinco), considerando os dias deduzidos de franquia.

3.4.1.3. O número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto, durante a vigência anual do seguro.

3.4.1.4. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura de diária por incapacidade temporária por acidente ocorrerá quando da renovação do seguro.

3.4.1.5. As indenizações de invalidez permanente total ou parcial por acidente e diária por incapacidade temporária se acumulam.

3.4.1.6. Se, depois de paga uma indenização de diária por incapacidade temporária por acidente, verificar-se a invalidez permanente total ou parcial do segurado, a seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de invalidez permanente.

3.4.1.7. As indenizações de Morte Acidental e Diária por Incapacidade Temporária por Acidente se acumulam. Se, depois de paga uma indenização de diária por incapacidade temporária, verificar-se a morte acidental do segurado, a seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de morte acidental.

3.4.1.8. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, a indenização da Diária por Incapacidade Temporária por Acidente a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

■ 4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a. atos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme previsto no art. 762 do Código Civil vigente, 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;
- b. 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 consequente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c. danos morais, e/ou danos estéticos;
- d. de epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão público competente;
- e. doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, os estados septicêmicos e as embolias resultantes de ferimentos visíveis;
- f. em consequência de inundações, furacão, erupção vulcânica, tempestades, terremotos, movimentos sísmicos;
- g. estelionato e extorsão indireta;
- h. intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
- i. lesões, acidentes, sequelas preexistentes à inclusão do Segurado no presente seguro;
- j. LER (Lesão por esforço repetitivo), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, bem como os eventos considerados como acidentários (relativos às atividades laborais).
- k. perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como das intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- l. 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;
- m. suicídio ou a tentativa de suicídio, se ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do seguro;
- n. 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;
- o. anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;

p. distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;

q. infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDs) e/ou Hepatites B/ou Hepatite C;

4.2. Além dos riscos mencionados acima, consideram-se também como riscos excluídos, para as coberturas de diária por incapacidade temporária diária de internação hospitalar, os abaixo especificados:

a. tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro ocorridos durante a vigência desta garantia;

b. estados de convalescença (após a alta médica);

c. hospitalizações para check-up;

d. instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

e. lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;

f. procedimentos não previstos no Código brasileiro pelo serviço Nacional de fiscalização de medicina e de Ética médica e não reconhecidos farmácia;

g. tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo;

h. tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;

i. Segurados que não sejam habilitados e com a situação regular no Conselho Regional de Medicina, na data da regulação do sinistro.

■ 5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

5.1. Este seguro cobre os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

5.2. Os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao recebimento de indenização correrão a cargo da Seguradora.

■ 6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1. CARÊNCIA

6.1.1. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos, contados da data de adesão ao seguro.

6.2. FRANQUIA

6.2.1. Haverá franquia de 1 (um dia) para os casos de diária de internação hospitalar decorrente de acidente pessoal coberto.

6.2.2. Haverá franquia de 15 (quinze dias) para os casos de diária de incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal coberto.

6.2.3. Para as demais coberturas não haverá franquia.

■ 7. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO NO SEGURO

7.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

7.2. A contratação da apólice se formalizará após a aceitação pela Seguradora da proposta de adesão devidamente assinada pelo proponente pessoa jurídica, seu representante legal ou corretor de seguros, após conhecimento das condições contratuais do seguro e as demais informações definidas pelas disposições legais e regulamentares em vigor.

7.3. Os proponentes individuais poderão ser incluídos no seguro mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão, por meio físico ou por meio de login e senha, ou por certificação digital, formalizada 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.

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

7.3.2. Para contratação do seguro por meio remoto é necessário que o proponente individual esteja cadastrado previamente em ambiente seguro, fornecido pela Seguradora ou pelo Estipulante, ou ainda ter certificação digital nos órgãos competentes.

7.4. Para aceitação no seguro o proponente deverá ser habilitado e estar com a situação regular no Conselho Regional de Medicina, ter idade mínima de 16 (dezessex) anos e a idade máxima de 70 (setenta) anos completos, na data da entrega da proposta de adesão, e se encontrar em perfeito estado de saúde física e mental e em plena atividade laborativa.

7.4.1. Após a aceitação do seguro pela Seguradora a proponente individual passará a condição de Segurado.

7.5. A partir do recebimento da proposta de adesão pela Seguradora, iniciar-se-á o prazo de 15 (quinze) dias para a Seguradora manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta.

7.5.1. O simples recebimento do prêmio de seguro não implica em aceitação do seguro por parte da Seguradora.

7.5.2. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para aceitação do seguro. A solicitação de documentos complementares para a análise e a aceitação do risco poderá ser efetuada uma única vez, durante o prazo previsto no **item 7.5.**

7.5.3. No caso de solicitação de documentos complementares, o prazo previsto no **item 7.5.** ficará suspenso, voltando a correr na data em que se efetivar a entrega de toda a documentação a Seguradora.

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

7.5.5. Caso ocorra algum evento coberto durante o prazo previsto no **item 7.5.** estando o risco proposto dentro das condições normais de aceitação da Seguradora, a indenização devida será paga.

7.6. No caso da não aceitação da proposta de adesão ao seguro, a Seguradora deverá, no prazo de 15 (quinze) dias previsto no **item 7.5.**, comunicar por escrito a proponente individual, ao seu representante ou ao seu corretor de seguros, justificando a recusa. O seguro estará automaticamente aceito caso a Seguradora não manifeste a recusa da proposta de adesão por escrito ao proponente, ao seu representante legal ou ao corretor de seguros no prazo previsto no **item 7.5.**

7.6.1. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa e será restituído ao proponente individual, 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. Neste caso, o proponente individual terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta de adesão com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

7.7. Na contratação do seguro, a proponente individual poderá, em até 7 (sete) dias corridos da data de formalização da proposta de adesão, desistir da sua contratação, mediante formalização por escrito entregue à Seguradora ou através de meio remoto disponibilizado para tal fim.

7.7.1. Nesta hipótese, serão devolvidos todos os valores relativos ao prêmio pago, corrigido conforme item 14.

■ 8. VIGÊNCIA DO SEGURO

8.1. A apólice de seguro vigorará pelo prazo de 5 (cinco) anos, com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na proposta de adesão e na apólice de seguro.

8.2. Para as proponentes individuais que vierem a aderir ao seguro, a vigência do seguro será de 1 (um) ano, com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na proposta de adesão e no certificado individual de seguro. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

8.2.1. Para as propostas de adesão recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a partir da data de aceitação da proposta pela Seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.2.2. As propostas de adesão 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 pela Seguradora.

■ 9. RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1. O seguro poderá ser renovado automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante/Segurado ou a Seguradora manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias ao final da vigência da Apólice ou Certificado Individual de Seguro, ou ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas nestas Condições Gerais.

9.2. A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante/Segurado e da Seguradora.

9.3. A cada renovação será emitida uma nova Apólice de Seguro e Certificado Individual de Seguro pela Seguradora.

9.4. Caso haja na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

9.5. Durante a vigência do referido seguro a Seguradora não poderá efetuar o cancelamento sob alegação de agravamento da natureza do risco.

9.6. No caso de não renovação, as condições contratuais terão sua vigência estendida, pelo Estipulante e pela Seguradora, até a extinção de todos os riscos individuais cobertos relativos aos prêmios já pagos.

9.7. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice ou Certificado Individual de Seguro na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos do seguro.

■ 10. CAPITAL SEGURADO

10.1. O capital segurado será estabelecido na proposta de adesão e na proposta de adesão e constarão na apólice de seguro e nos certificados individuais do seguro, obedecendo aos limites mínimos e máximos comercializados pela Seguradora.

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

a. Para a cobertura de morte acidental e invalidez permanente total ou parcial por acidente, a data do acidente.

b. Para a cobertura de diária por incapacidade temporária por acidente, a data do afastamento por incapacidade, devidamente diagnosticado pelo médico assistente do segurado.

c. Para a cobertura de diária de internação hospitalar por acidente, a data da internação hospitalar que constar da nota fiscal, documento de alta hospitalar, ou prontuário médico ou declaração do hospital.

■ 11. PRÊMIO E PAGAMENTO DO SEGURO

11.1. A forma e a periodicidade do pagamento do prêmio do seguro serão indicadas na proposta de adesão ao seguro, e no certificado individual de seguro.

11.2. O prêmio do seguro poderá ser pago em parcela única ou mensal, de acordo com o estabelecido na contratação do seguro, e cada pagamento será cor respondente a cada período de cobertura.

11.3. O prêmio do seguro poderá ser pago através de cartão, débito em conta-corrente ou outra forma de cobrança e será indicada na proposta de seguro e no certificado individual de seguro.

11.4. Se a data para o pagamento do prêmio do seguro à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário.

11.4.1. A Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado ou seu representante, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

11.5. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que esse tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

11.6. Nos casos de seguro pagos de forma fracionada, as parcelas vencidas do prêmio serão deduzidas do valor da indenização excluído o adicional de fracionamento.

11.7. Este seguro está estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

■ 12. FALTA DE PAGAMENTO E PRAZO DE TOLERÂNCIA DO SEGURO

12.1. Nos seguros mensais, a falta de pagamento do prêmio do seguro não acarretará a suspensão automática das coberturas.

12.1.1. Tendo se esgotado o prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir do primeiro prêmio de seguro vencido e não pago, e sem que tenha sido efetuado o pagamento dos prêmios em atraso, o seguro será automaticamente cancelado.

12.1.2. Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, limitado ao prazo previsto no **item 12.1.1**, com a consequente cobrança de prêmio devido.

12.2. A falta de pagamento da primeira parcela ou do prêmio à vista implicará no cancelamento do seguro.

■ 13. CANCELAMENTO DO SEGURO

13.1. O seguro coletivo (apólice) poderá ser cancelado 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 3/4 (três quartos) do grupo segurado;
- b. pelo descumprimento de quaisquer das cláusulas estabelecidas nestas condições gerais e no contrato de seguro.
- 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; e
ao final de vigência se está não for renovada.

13.2. O seguro individual (certificado individual de seguro) poderá ser cancelado nas seguintes condições:

- a. por falta de pagamento, conforme item 12.1.1;
- b. com a morte acidental do Segurado;
- c. com a invalidez permanente e total por acidente do Segurado;
- d. por solicitação do Segurado, a qualquer momento;
- e. se o Segurado, 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 seguro, simulando ou provocando sinistro ou ainda agravando as consequências do mesmo para obter indenização ou dificultar a sua elucidação;
- f. se o Segurado 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 seguro;
- h. com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da apólice, 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 , implicando na perda do direito a o recebimento de qualquer restituição de prêmio e indenização; e
- j. findo o prazo de vigência do seguro, sem que o mesmo tenha sido renovado.

13.3. Cancelado o seguro, este somente poderá ser reabilitado mediante o preenchimento de nova proposta de adesão e análise de aceitação por parte da Seguradora.

■ 14. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

14.1. Os capitais segurados, seus correspondentes prêmios e as obrigações pecuniárias do seguro, listadas nos itens **14.1.1** a **14.1.5**, sujeitam-se à atualização monetária pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

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

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

14.1.3. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores serão devolvidos ao proponente, devidamente atualizado desde a data de recebimento pela Seguradora, que é a data de exigibilidade.

14.1.4. No caso de cancelamento do contrato, os valores a serem devolvidos serão atualizados monetariamente a partir da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, que é a data de exigibilidade, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

14.1.5. Na hipótese de não pagamento da indenização no prazo previsto no item **17.2.1.**, destas Condições Gerais, o valor devido será atualizado monetariamente a partir da data de ocorrência do evento, conforme item **10.2.**

14.2. 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 nos 2 (dois) meses imediatamente anteriores ao do aniversário do risco individual.

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

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

■ 15. JUROS DE MORA

15.1. O não cumprimento das obrigações pela Seguradora, pelo Estipulante e pelos Segurados, ora previstas, os sujeitará aos juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, mais a atualização monetária prevista no item 14.

15.2. Os juros de mora serão aplicáveis a partir do primeiro dia posterior ao término dos prazos fixados nestas condições gerais.

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

■ 16. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

16.1. Cabe ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu Beneficiário, mediante manifestação por escrito à Seguradora, ressalvadas as restrições legais.

16.2. 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 cobertura de morte acidental, o capital segurado será pago de acordo com a legislação vigente.

16.3. Para as coberturas de invalidez permanente total ou parcial, diária de internação hospitalar por acidente e diária de incapacidade temporária por acidente, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

■ 17. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

17.1. COMO PROCEDER EM CASO DE SINISTRO

17.1.1. Em caso de sinistro o Segurado ou seu Representante deverá:

- a. Comunicar o sinistro imediatamente à Seguradora por meio da Central de Atendimento ao Cliente, pelo site: www.santander.com.br ou outros canais disponibilizados pela Seguradora.
- b. Registrar a ocorrência do sinistro junto às autoridades competentes, observada a relação de documentos conforme **item 17.3.**
- c. 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.

17.2. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

17.2.1. O prazo máximo para pagamento da indenização será de até 30 (trinta) dias, contados da data em que a Seguradora receber todos os documentos necessários para a comprovação do evento coberto, de acordo com a relação constante do **item 17.3.** Documentos para Sinistro destas condições.

17.2.2. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a do dia útil subsequente àquele da data do recebimento pela Seguradora dos documentos, informações ou esclarecimentos complementares.

17.2.3. O não pagamento da indenização no prazo previsto no **item 17.2.1.** Implicará a aplicação de juros de mora, de acordo com o **item 15.1.** sem prejuízo de sua atualização de acordo com **item 14.1.** destas Condições Gerais.

17.2.4. O evento deverá ser comprovado 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.

17.2.5. No caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como avaliação da incapacidade relacionada o Segurado, a Seguradora irá propor o 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.

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

17.2.7. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

17.2.8. Para fins de indenização, a liquidação do sinistro será realizada em parcela única.

17.3. DOCUMENTOS PARA SINISTRO

17.3.1. DOCUMENTOS COMUNS A TODOS OS CASOS DE SINISTROS

Aviso de Sinistro preenchido na íntegra e assinado (formulário original fornecido pela Seguradora).

Autorização para Crédito em Conta Corrente (formulário original fornecido pela Seguradora).

Registro valido da classe no conselho regional responsável pela profissão (cópia simples)

Boletim de Ocorrência Policial (quando houver registro);

DOCUMENTOS DO SEGURADO.

RG/RNE e CPF do Segurado (cópia simples).

Comprovante de endereço (cópia simples).

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS.

RG/RNE e CPF do Segurado (cópia simples).

Comprovante de endereço (cópia simples).

17.3.2. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL DO SEGURADO

Certidão de óbito do Segurado (cópia autenticada).

Carteira Nacional de Habilitação – CNH do Segurado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou) (cópia simples). Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT (cópia simples).

Laudo cadavérico do Instituto Médico Legal (quando houver) (cópia simples).

Laudos e exames médicos pertinentes ao acidente que vitimou o Segurado (cópia simples).

17.3.3. EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE DO SEGURADO

Carteira Nacional de Habilitação – CNH do Segurado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou) (cópia simples).

Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT (cópia simples).

Laudos e exames médicos pertinentes ao acidente que vitimou o Segurado (cópia simples).

17.3.4. EM CASO DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE DO SEGURADO

Laudos, com a descrição dos dias afastados das atividades laborais, e exames médicos pertinentes ao acidente que vitimou o Segurado (cópia simples)

17.3.5. EM CASO DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE DO SEGURADO

Laudos, com a descrição dos dias internados das atividades laborais, e exames médicos pertinentes ao acidente que vitimou o Segurado (cópia simples)

Notas Fiscais (documento original, se houver).

■ 18. PERDA DE DIREITOS

18.1. O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

18.2. Se o Segurado, seus Beneficiários, 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.

18.2.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado e seus Beneficiários, a Seguradora poderá:

18.2.1.1. 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.**

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

- a. cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
- b. mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**

18.2.1.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

18.3. O Segurado está obrigado a comunicar à 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.

18.3.1. 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.

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

■ 19. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

19.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais.

19.2. 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 nestas condições gerais.

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

19.4. Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, com informações sobre o prêmio do seguro, a Seguradora responsável pelo recebimento dos prêmios, e a informação, em destaque, de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do seguro.

19.5. Repassar para a Seguradora o valor do prêmio recolhido dos Segurados, nos prazos determinados como data de vencimento. A ausência de repasse dos prêmios recolhidos dos Segurados a Seguradora, não causará qualquer prejuízo aos Segurados no que se refere à cobertura securitária, mas implicará em responsabilidade civil para o Estipulante.

19.6. Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração.

19.7. Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

19.8. Avisar a Seguradora, tão logo tenha conhecimento da ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade.

19.9. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação dos sinistros.

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

19.11. Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer informações procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado.

19.12. Fazer constar da proposta de adesão, o percentual e valor da remuneração recebida da Seguradora, devendo o Segurado ser também informado sobre os valores monetários deste pagamento, sempre que nele houver qualquer alteração.

19.13. É expressamente vedado ao Estipulante:

19.13.1. Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;

19.13.2. Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo Segurado;

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

19.13.4. Vincular a contratação do seguro objeto deste convênio a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

■ 20. SUB-ROGAÇÃO

20.1. A Seguradora não se sub-roga em eventuais direitos e ações do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) contra o causador do sinistro.

■ 21. TRIBUTOS

21.1. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios ou capital segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

21.2. Na hipótese de mudanças na legislação tributária que resultem em alteração dos encargos incidentes sobre este seguro, as disposições serão adaptadas às novas normas.

■ 22. DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1. O registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

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

22.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

22.4. As condições contratuais/regulamento deste produto encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

22.5. 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.

22.6. 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.

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

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

■ 23. PRESCRIÇÃO

23.1. O direito do Segurado em pleitear indenização junto à Seguradora prescreve nos prazos estabelecidos na legislação em vigor.

■ 24. FORO

24.1. O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro entre o Segurado e a Seguradora, será sempre o foro de domicílio do Segurado, conforme o caso.

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