

CONDIÇÕES GERAIS – BILHETE
SEGURO ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO AKAD
Processo SUSEP 15414.640865/2025-85

Sumário

1. OBJETIVO DO SEGURO	3
2. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	3
3. GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS.....	3
4. GARANTIAS DO SEGURO	5
5. EXCLUSÕES GERAIS	5
6. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS	6
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	6
8. CARÊNCIAS.....	6
9. CONTRATAÇÃO	7
10. CAPITAL SEGURADO.....	7
11. PAGAMENTO DO PRÊMIO, CANCELAMENTO OU RESCISÃO DO SEGURO	7
12. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO.....	8
13. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO / CAPITAL SEGURADO	8
14. PROCEDIMENTOS EM CASO DE OCORRÊNCIA DE UM EVENTO COBERTO	9
15. BENEFICIÁRIOS.....	12
16. VIGÊNCIA.....	12
17. PRESCRIÇÃO	12
18. TRIBUTOS.....	13
19. FORO.....	13
CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO	13
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL - MA	13
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA	14
COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE- DITA	16
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL INDIVIDUAL OU FAMILIAR POR ACIDENTE	17
DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES – DMH.....	19
PERDA DE RENDA – DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – PR/DI.....	20
PERDA DE RENDA – INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA – PR/IFTT	21
CENTRAL DE RELACIONAMENTO	21

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO

Este Contrato de Seguro está subdividido em três partes assim denominadas: Condições Gerais, Condições Especiais e Contrato, as quais, em conjunto, recebem o nome de Condições Contratuais.

Condições Especiais são as disposições específicas relativas a cada cobertura de um plano de Seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

Cláusulas Particulares são as disposições que alteram de alguma forma as Condições Gerais e/ou Especiais e estipulam regras muito específicas, aplicáveis, em geral, apenas a certos Segurados ou Estipulantes.

Contrato é instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a sociedade Seguradora, que tem por objetivo estabelecer as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixar os direitos e obrigações do Estipulante, da Sociedade Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

Este Contrato de Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de Indenização ou Capital Segurado especificado no Bilhete, pagamento de Indenização ao Segurado ou Beneficiário, caso ocorra algum dos Eventos Cobertos pelas coberturas contratadas indicadas na Proposta de Contratação/Adesão, nos termos estabelecidos nestas Condições Contratuais, até o limite do valor contratado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos.

2. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de Seguros e da Sociedade Seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

Este Seguro é de contratação coletiva, portanto, somente poderá ser contratado mediante proposta assinada pelo Estipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

3. GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

Acidente Pessoal – É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial ou a incapacidade temporária do Segurado ou que torne necessário o seu tratamento médico, observando-se que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de Indenização ou Capital Segurado, a Acidente Pessoal.

Beneficiário – Pessoa física ou jurídica designada para receber a Indenização ou o Capital Segurado, na hipótese de ocorrência de Sinistro.

Bilhete: É o documento emitido pela sociedade Seguradora que formaliza a contratação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Segurado.

Capital Segurado – É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência de Sinistro.

Carregamento – É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização do Seguro.

Cobertura Individual: é aquela contratada para atender especificamente a uma única pessoa física ou jurídica, considerando suas características individuais de risco, com garantias e capitais definidos para ela.

Coberturas de Risco – São as coberturas de Seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada.

Condições Contratuais – É o conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de Seguro, também denominadas Condições Gerais e Especiais.

Condições Especiais – São as condições que especificam cada uma das diferentes modalidades de cobertura que existem dentro de um plano de Seguro.

Condições Gerais – É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Sociedade Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

Contrato de Seguro – É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Sociedade Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e as obrigações do Estipulante, da Sociedade Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

Declaração Médica – Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o Médico-Assistente exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e descreve os fatos médicos correlatos.

Doenças e Lesões Pré-Existentes e suas Consequências – É toda doença ou lesão, inclusive congênita, que o Segurado saiba ser portador ou sofredor à época da contratação ou adesão ao Seguro e não declarada na Proposta de Contratação ou, no caso de contratação coletiva, na Proposta de Adesão.

Evento Coberto – É o acontecimento futuro, possível e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, passível de cobertura pelas Garantias do Contrato de Seguro, desde que ocorrido durante a Vigência do Seguro e que não esteja excluído pelo Contrato de Seguro.

Formulário de Aviso de Sinistro – É o documento pelo qual é feita a comunicação de um Sinistro à Seguradora.

Franquia – É o valor inicial do Capital Segurado/Indenização, ou período durante o qual o Segurado fica responsável como segurador de si próprio; ou seja, o Segurado só fará jus a reembolsos/Indenização/Capital Segurado que excederem ao determinado para a Franquia estipulada por evento, ou após o período estabelecido como Franquia, conforme previsto no Contrato de Seguro.

Garantias – São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto.

Importância Segurada: é o valor estipulado na apólice ou certificado de seguro que representa o limite máximo de indenização a ser pago pela seguradora ao segurado ou beneficiário, por cobertura contratada, observadas as condições, cláusulas, franquias e limites definidos no contrato de seguro.

Indenização – É o valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) designado(s) quando da ocorrência de um Evento Coberto no Contrato de Seguro, limitado ao valor da respectiva cobertura contratada.

Início de Vigência – É a data a partir da qual as Coberturas serão garantidas pela Sociedade Seguradora.

Médico Assistente – É o profissional legalmente habilitado e licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu Cônjuge, seus Dependentes, Parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados e licenciados para exercer a prática da medicina.

Nota Técnica Atuarial – É o documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de Seguro e mantém estreita relação com as Condições Contratuais.

Período de Cobertura – É o período durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos benefícios do plano de Seguro contratado, desde que respeitadas as Condições previstas.

Prazo de Carência – É o período, contado a partir da data de Início de Vigência do Seguro, do aumento do Capital Segurado ou da reabilitação, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do Sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados/indenizações contratados.

Prêmio – É o valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do Seguro.

"Pro Rata Temporis" – É o cálculo cujo resultado é proporcional ao tempo decorrido. Nos contratos de Seguro, diz-se do Prêmio quando é calculado proporcionalmente aos dias já decorridos do contrato.

Reabilitação do Seguro – É o restabelecimento das Coberturas contratadas em função do pagamento do(s) Prêmio(s) em atraso.

Reintegração do Capital Segurado – É a recomposição do Capital Segurado após a ocorrência de um Sinistro coberto pelo Contrato de Seguro.

Representante: Pessoa física ou jurídica que representará a Seguradora, na intermediação do seguro junto ao Segurado.

Risco – É o acontecimento possível, futuro e incerto, que independe da vontade das partes contratantes e cuja ocorrência obriga a Seguradora a pagar a Indenização/Capital Segurado devido, desde que não se classifique como Risco Excluído, respeitadas as Condições Contratuais.

Riscos Excluídos – São os eventos pré-estabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto a Sinistros oriundos destes eventos.

Segurado – É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do Risco e se estabelecerá o Seguro.

Seguradora – Pessoa jurídica devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no País no ramo de Seguros, sob a fiscalização da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, que assume os Riscos inerentes às Garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

Sinistro – É a ocorrência do Risco coberto, durante o período de Vigência do plano de Seguro.

Vigência do Contrato de Seguro – É o intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o Contrato de Seguro, podendo ser fixado em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de Seguro. A cobertura individual é o período de validade das coberturas contratadas para cada Segurado.

4. GARANTIAS DO SEGURO

As garantias abrangidas por este seguro estão definidas nas respectivas Condições Especiais e sendo estabelecidas no bilhete.

Todas as coberturas são básicas e podem ser contratadas em planos de forma isolada ou combinada.

São Garantias oferecidas neste plano de Seguro:

- a) Morte Acidental - MA
- b) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
- c) Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente - DITA
- d) Assistência Funeral Individual por Acidente – AFIA;
- e) Assistência Funeral Familiar por Acidente – AFFA;
- f) Despesas Médico-Hospitalares - DMH;
- g) Perda de Renda - Desemprego Involuntário - PR-DI;
- h) Perda de Renda - Incapacidade Física Total e Temporária - PR-IFTT;

As Garantias contratadas serão as indicadas no Bilhete de Seguros.

5. EXCLUSÕES GERAIS

Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste Seguro, quaisquer eventos ocorridos em consequência de:

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

- c) **Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro. Ficam excluídos também os atos ilícitos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, nos Seguros contratados por pessoa jurídica;**
- d) **Doenças, lesões, invalidez ou enfermidades pré-existentes à data de Início de Vigência do Risco Individual, ou seja, que existem antes mesmo da adesão a este Seguro e já eram do conhecimento do Segurado e não tenham sido declaradas na Proposta de Adesão, ou sequelas delas provenientes e que, apesar de conhecidas pelo Segurado, não foram declaradas na Proposta de Adesão, nos casos em que for exigido o preenchimento de declaração pessoal de saúde, ou que deixaram de ser informadas quando de sua inclusão no Seguro;**
- e) **Ato reconhecido comumente como perigoso, envolvendo risco grave de lesão ou morte, que não seja motivado por necessidade justificada e pela prática por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei. Entende-se por atos ilícitos dolosos qualquer ação ilegal que seja praticada intencionalmente, como, por exemplo, agressões físicas;**
- f) **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g) **Lesões intencionalmente auto infligidas, independentemente da sanidade mental do Segurado;**
- h) **Intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- i) **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, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- j) **Suicídio do Segurado, ou sua tentativa, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da Vigência inicial do Seguro ou de sua reabilitação depois de suspensão.**

6.EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

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

Considera-se ato terrorista a prática por um ou mais indivíduos de atos criminosos, por razões de xenofobia, discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia e religião, quando cometidos com a finalidade de provocar terror social ou generalizado, expondo a perigo pessoa, patrimônio, a paz pública ou a incolumidade pública, desde que assim reconhecido pela autoridade pública competente.

7.ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

As Garantias do Seguro previstas nestas Condições Contratuais aplicam-se para Eventos Cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre. Salvo disposições Contratuais em contrário.

O pagamento da Indenização/Capital Segurado se dará apenas no território nacional e em moeda nacional.

Para as coberturas de Perda de Renda - Desemprego Involuntário e Perda de Renda - Incapacidade Física Total e Temporária, abrangerá somente os eventos ocorridos em todo o território nacional.

8.CARÊNCIAS

Não haverá carência para Sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais, exceto no caso de SUICÍDIO e sua tentativa, em que deverá ser observado o período de carência de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do Início de Vigência da Cobertura Individual, ou aumento do valor do Capital Segurado, neste caso, apenas da parte que se refere o aumento, ou ainda, sua reabilitação depois de suspensão.

Quando prevista no contrato, o período de carência será contado a partir do início de vigência da Cobertura Individual de cada Segurado ou da sua recondução depois de suspenso, sendo estabelecido este prazo, no Contrato, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do bilhete e será contado a partir do início de vigência individual.

9.CONTRATAÇÃO

O pagamento do prêmio do seguro caracteriza a ciência, aceitação e concordância, pelo Segurado, das condições gerais deste seguro.

10.CAPITAL SEGURADO

Capital Segurado é o valor máximo determinado no Bilhete de Seguro pelo Segurado, no início da vigência do seguro, para garantir os valores das Coberturas Contratadas

Para fins deste Seguro, Capital Segurado é o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, vigente na data do Evento, na ocorrência de Sinistro.

11.PAGAMENTO DO PRÊMIO, CANCELAMENTO OU RESCISÃO DO SEGURO

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

Deve ser garantido ao Segurado, quando houver parcelamento com juros, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, tomando-se por base o cálculo do prêmio pró-rata.

Em caso de ajuste do prazo de vigência, a Seguradora deve informar ao Segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência ajustada, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original do Bilhete de seguro.

Findo o prazo de vigência ajustada sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, a Seguradora cancelará o bilhete de seguro.

Se a data limite para o pagamento do prêmio 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 em que houver expediente bancário. 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.

Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à Indenização não ficará prejudicado. Quando o pagamento da Indenização acarretar o cancelamento do contrato de seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da Indenização, excluído o adicional de fracionamento.

Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no plano, a partir da data em que se tornarem exigíveis. No caso de cancelamento do contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa

da sociedade Seguradora;

No caso de recebimento indevido de prêmio: a partir da data de recebimento do Prêmio;

No caso de recusa da proposta: a partir da data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.

A data de exigibilidade será a data de ocorrência do evento. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

O presente seguro poderá ser cancelado nas seguintes hipóteses:

- a) **Pelo Segurado:** O Segurado poderá solicitar o cancelamento do Bilhete de seguro a qualquer momento, desde que não tenha ocorrido sinistro passível de indenização. A Seguradora reterá o valor proporcional ao período vigente do seguro, conforme cálculo pro rata temporis, mais eventuais encargos previstos nas Condições Gerais;
- b) **Pela Seguradora:** A seguradora poderá rescindir o bilhete nas seguintes situações: (i) falta de pagamento pelo estipulante;
- c) Por descumprimento de obrigações contratuais; (iv) comprovada fraude ou tentativa de fraude. A Seguradora garante comunicação prévia de 30 (trinta) dias, salvo nos casos de fraude, hipótese em que o cancelamento será imediato;
- d) Cancelamento automático: o Bilhete será automaticamente cancelado quando: (i) expirar o prazo de vigência e não houver renovação expressa; (ii) ocorrer o falecimento de segurado titular (com comprovação), salvo disposição contrária no contrato; (iii) houver inadimplência no pagamento do bilhete, conforme previsto nas Condições Gerais;

Na hipótese de cancelamento do seguro antes do término da vigência e sem sinistro indenizável, o reembolso do Prêmio ao Segurado será devolvido, correspondente ao período não utilizado, conforme regime pro rata, descontados encargos administrativos se houverem.

O pedido de cancelamento deverá ser formalizado por escrito, enviado diretamente à Seguradora ou através do Representante, contendo:

- a) Identificação do representante e do bilhete;
- b) Data efetiva de cancelamento desejada;
- c) Documentação comprobatória, quando aplicável (exemplo, certidão de óbito).

O protocolo da solicitação servirá como comprovante de recebimento, e as operações serão processadas, conforme os prazos das Condições Gerais.

O presente seguro poderá ser rescindido da seguinte forma:

- a) Se originado pelo Segurado, o cancelamento terá vigência imediata após o recebimento pela Seguradora;
- b) Se originado pela Seguradora, o cancelamento será efetivado após 30 (trinta) dias da comunicação, salvo fraude.

12. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

Se, após a data estabelecida para pagamento do Prêmio, este não tiver sido quitado, as Coberturas deste Seguro serão suspensas a partir do primeiro dia de Vigência do Período de Cobertura a que se referir à cobrança; ficando o Segurado e seu(s) Beneficiário(s) sem direito a receber Indenização/Capital Segurado referente a qualquer cobertura contratada, no caso de ocorrência de um Sinistro.

13. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO / CAPITAL SEGURADO

O Segurado e/ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à Indenização/ ao Capital Segurado, caso haja por parte deles, seu(s) representante(s) legal(is), seu(s) preposto(s) ou seu(s) Beneficiário(s):

Dolo, má fé, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulação ou culpa grave não só quanto à contratação, como também com o objetivo de obter ou majorar indevidamente a Indenização/o Capital Segurado; ou

Simulando ou provocando um Sinistro, ou, ainda, agravando intencionalmente suas consequências.

Se a inexactidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

- Na hipótese de não ocorrência de Sinistro: cancelar o Seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido ao tempo decorrido; ou, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível, ou restringindo a cobertura contratada.

- Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado: o Seguro será cancelado, após o pagamento da Indenização/Capital Segurado, retendo a Segurado, do Prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao decorrido; ou, mediante acordo entre as partes, dar continuidade ao Seguro, cobrando a Seguradora a diferença do Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário restringindo a cobertura contratada para Riscos futuros.

- Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da Indenização/Capital Segurado, deduzindo, do valor a ser pago, a diferença do Prêmio cabível.

Na hipótese de configuração de dolo, má fé, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulação ou culpa grave por parte do Segurado ou Beneficiário, a qualquer momento, no âmbito deste seguro, fica o Segurado e/ou Beneficiário obrigado a ressarcir a Seguradora por quaisquer prejuízos causados, inclusive a devolução de eventual indenização paga pela Seguradora, sem prejuízo de outras medidas cabíveis, incluindo cíveis e/ou criminais.

O Segurado está obrigado a comunicar a 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.

Uma vez recebido o aviso de agravação do Risco, a Seguradora, nos 15 (quinze) dias subsequentes ao seu recebimento, poderá dar ciência ao Segurado de sua decisão de cancelar o Seguro ou, mediante acordo, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de Prêmio cabível. O cancelamento do Seguro ocorrerá 30 (trinta) dias após a notificação do Segurado e será restituída eventual diferença do Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

14.PROCEDIMENTOS EM CASO DE OCORRÊNCIA DE UM EVENTO COBERTO

Em caso de Sinistro coberto por este Contrato de Seguro, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverão comunicar imediatamente o Sinistro à Seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados nesta Cláusula.

A partir da entrega de toda documentação exigível do Segurado ou Beneficiário(s), a Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do Sinistro. Após este prazo, o valor a ser pago será devidamente atualizado monetariamente pelo índice previsto na Proposta de Contratação e/ou Contrato, sendo calculado a partir do 1º (primeiro) dia posterior à expiração do prazo mencionado até a data de seu efetivo pagamento. Caso haja extinção do índice pactuado e, não havendo alteração, fica prevalecendo para todos os efeitos o índice que o substituir.

É facultado a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do Sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos ou esclarecimentos que julgar necessários à sua apuração. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do Sinistro será suspensa e voltará a correr a partir da data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

As divergências sobre as causas, a natureza e a extensão das lesões ou doenças, bem como a avaliação da incapacidade, serão submetidas a uma junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado/Beneficiário e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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.

Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro membro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado/Beneficiário e pela Seguradora.

O Segurado e/ou Beneficiário(s) deve(m) autorizar expressamente o Médico Assistente e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar envolvidas no atendimento a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar por sua confidencialidade.

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

I - Em caso de Morte decorrente de Acidente:

Além dos documentos relacionados no item I acima, apresentar:

- a) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, se for o caso;
- b) Cópia do Inquérito Policial;
- c) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d) Cópia do Laudo de Necropsia, se houver;
- e) Cópia do Laudo de Exame Toxicológico e cópia do Laudo de Teor Alcoólico, quando realizados;
- f) Cópia do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir.

Documentos Beneficiário:

- a) Cópia do RG e CPF (ou outro documento que indique o respectivo número);
- b) Certidão de nascimento, ou de casamento atualizada;
- c) Comprovante de união estável (em caso de companheiro(a) Beneficiário);
- d) Comprovante de residência atualizado.

Não havendo indicação de Beneficiário:

- a) Declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- b) Declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem e quais os herdeiros legais deixados (listar todos);
- c) Apresentar os documentos comprobatórios do Sinistro mencionados acima.

Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópia da Declaração Médica comprovando a Invalidez Permanente, bem como Atestado Médico, indicando o grau de invalidez, de acordo com a tabela constante da Cláusula de Invalidez Permanente por Acidente, anexando os exames realizados pelo Segurado, podendo também ser aceito o laudo oficial da Previdência Social;
- c) Cópia da Cédula de Identidade e do CPF do Segurado;
- d) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- e) Radiografia e resultados de exames realizados;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, se for o caso;
- g) Cópia do Inquérito Policial, se for o caso.
- h) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- i) Cópia do Laudo de Exame Toxicológico e cópia do Laudo de Teor Alcoólico, quando realizados;
- j) Cópia do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir.

Em caso de Diárias por Incapacidade Temporária:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Certidão de nascimento e/ou cédula de identidade e CPF do Segurado;
- c) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo Médico Assistente com firma reconhecida, detalhando a natureza do acidente ou doença e a data de sua caracterização, anexando os resultados de exames

realizados comprobatórios do acidente ou doença realizados que comprovem a incapacidade física total temporária, original ou cópia simples.

- d) Boletim de ocorrência policial (BO) ou comunicação de acidente do trabalho - INSS (CAT), se for o caso;
- e) Laudo de exame de corpo de delito (IML), se for o caso;
- f) Laudo de dosagem alcoólica e toxicológica, se for o caso;
- g) Carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Todos os resultados dos exames comprobatórios da doença ou do acidente, relatório do Médico Assistente descrevendo o diagnóstico e a estimativa do número de dias de afastamento;
- i) Atestado de alta médica definitiva.

Em caso de Assistência Funeral Individual e Familiar:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- b) Certidão de nascimento e/ou cédula de identidade e CPF do Segurado e/ou do sinistrado quando tratar-se do falecimento de familiar;
- c) Certidão de óbito;
- d) Comprovante original das despesas ocorridas com o funeral.

Em caso de Despesas Médico-Hospitalares:

- a) RG (carteira de identidade);
- b) CPF (Cadastro de Pessoa Física);
- c) Comprovante de Residência;
- d) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- e) Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- f) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- g) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- h) Cópia do Laudo da Perícia Técnica realizado no local do acidente, se houver;
- i) Radiografias e/ou resultados dos exames realizados;
- j) Notas fiscais e recibos originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas.

Em caso de Inclusão de Cônjuge e Filhos;

- k) Certidão de Casamento atualizada; ou
- l) Provas de união estável (no mínimo três);
- m) RG (carteira de identidade);
- n) CPF (Cadastro de Pessoa Física);
- o) Comprovante de Residência;

Em caso de Perda de Renda - Desemprego Involuntário;

- a) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho (TRCT);
- b) Cópia da CTPS com a anotação do desligamento sem justa causa;
- c) Cópia das páginas da CTPS que identifiquem o empregador e a admissão;
- d) Documento de identidade e CPF do Segurado;
- e) Comprovante de residência atualizado;
- f) Comprovação de que o vínculo empregatício foi mantido por no mínimo 12 meses, conforme regras contratuais.

Em caso de Perda de Renda - Incapacidade Física Total e Temporária;

- a) Relatório médico circunstanciado com diagnóstico e justificativa da incapacidade;
- b) Atestado de afastamento emitido por profissional legalmente habilitado, com data de início e previsão de retorno;
- c) Exames médicos complementares comprobatórios da condição incapacitante;

- d) Declaração de atividade exercida pelo segurado (comprovação de atividade autônoma, MEI, EI ou SLU);
- e) Documento de identidade e CPF do Segurado;
- f) Comprovante de residência atualizado.

Observação: o pedido de apresentação de peças do Inquérito Policial não condicionará o pagamento da Indenização/Capital Segurado à sua entrega.

Importante: A Seguradora poderá solicitar, em caso de dúvida fundamentada e justificada, outros documentos não relacionados anteriormente. Neste caso, o prazo mencionado nas Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

A solicitação de outros documentos, além daqueles contratualmente previstos para a habilitação ao recebimento da Indenização/Capital Segurado, poderá ocorrer apenas em caso de dúvida fundada e justificável.

Caracterizado o Sinistro, a Seguradora efetuará o pagamento da Indenização/Capital Segurado em parcela única, salvo estipulação em contrário nas Condições Especiais da respectiva cobertura, até o limite do valor contratado, obedecendo à demais Condições Contratuais.

Caso o processo de regulação de Sinistros conclua que a Indenização/o Capital Segurado não é devido, o Segurado será comunicado, dentro do prazo de 30 (trinta) dias, com a justificativa para o não pagamento.

Perícia Médica

Não obstante a entrega da documentação descrita nos itens acima, a Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia a ser realizada pelo seu departamento médico, a qual não prejudicará o prazo para pagamento da Indenização/Capital Segurado.

15. BENEFICIÁRIOS

Para as coberturas de Morte Acidental, o Segurado deverá indicar no Bilhete as pessoa(s) perfeitamente identificável(is), a favor da(s) qual(is) será pago o Capital Segurado, na eventualidade da ocorrência de Evento Coberto.

A qualquer tempo, o Segurado poderá alterar o(s) Beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolizada na Seguradora.

Não sendo instituído o Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer(em) o que for designado(s), o Capital Segurado será pago aqueles indicados por lei.

Para fins deste Seguro, o companheiro(a) é equiparado ao cônjuge para todos os fins e efeitos de direito.

Na falta das pessoas indicadas no item anterior, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à sua subsistência. Quando o pagamento da Indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os Beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

Para as demais coberturas, o Beneficiário será o próprio Segurado.

16. VIGÊNCIA

A vigência da cobertura individual iniciará na data de emissão do Bilhete, desde que o prêmio tenha sido quitado, e terá duração determinada, conforme prazo indicado no Bilhete

17. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

18. TRIBUTOS

Os tributos relativos a este Seguro serão pagos por quem a lei determinar.

19. FORO

Fica eleito o foro da Comarca do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir e resolver todas as questões e dúvidas provenientes direta ou indiretamente do presente Seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

GARANTIAS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL - MA

RISCOS COBERTOS

Esta Cobertura, desde que contratada mediante pagamento do Prêmio correspondente, garante o pagamento do Capital Segurado contratado aos Beneficiários indicados na respectiva Proposta de Adesão, em caso de morte do Segurado, durante a Vigência do Seguro, em decorrência direta e exclusiva de Acidente Pessoal, excetuando-se os Riscos Excluídos previstos nas Condições Contratuais do Seguro e nesta cláusula.

Na hipótese de aceitação de menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:

- a. Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite da Importância Segurada;
- b. Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

Ratificam-se as disposições da Cláusula dos Riscos Excluídos das Condições Gerais deste Seguro.

Não haverá aplicação de Carência para esta cobertura, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, reabilitação ou de adesão ao Seguro.**

CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste Seguro, representa o máximo a ser pago ao(s) Beneficiário(s) em caso de Sinistro coberto.

Os Capitais Segurados decorrentes de morte acidental e por invalidez permanente por acidente não se acumulam.

Se, depois de pago o Capital Segurado para invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do Capital Segurado por morte e a Seguradora efetuará o pagamento da diferença, se houver.

Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos Sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente que provocou a morte do Segurado.

O pagamento do Capital Segurado será realizado em parcela única.

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

RISCOS COBERTOS

Esta Cobertura, desde que contratada mediante pagamento do Prêmio correspondente, garante até o valor do Capital Segurado contratado em caso de invalidez permanente do Segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva total de membro ou órgão, em virtude de lesão física causada direta e exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a Vigência do Risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais disposições das Condições Contratuais, excetuando-se os Riscos Excluídos previstos nas Condições Contratuais do Seguro e nesta cláusula.

Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará o Capital Segurado, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
DISCRIMINAÇÃO	% Sobre a Importância Segurada
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao Segurado, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

A junta médica tratada neste subitem será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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.

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.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, o valor a ser pago será calculado somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado.

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o Capital Segurado previsto para sua perda total.

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

A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito ao pagamento do Capital Segurado por invalidez permanente.

Para fins desta cláusula, fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os Riscos relacionados em Definições e na Cláusula – Exclusões Gerais, das Condições Gerais.

Seguro de Pessoas Portadoras de Deficiência Física: O Segurado portador de deficiência física deverá declarar expressamente o grau de invalidez preexistente no momento da contratação do Seguro.

CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Carência para esta cobertura, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, reabilitação ou de adesão ao Seguro.**

CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste Seguro, representa o máximo a ser pago ao Segurado em caso de Sinistro coberto.

Os Capital Segurados decorrentes de morte acidental e por invalidez permanente por acidente não se acumulam.

Se, depois de pago o Capital Segurado referente à invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do Capital Segurado por morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.

Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos Sinistros, será considerada como data do evento a data do Acidente que provocou a invalidez permanente do Segurado.

O pagamento do Capital Segurado será realizado em parcela única.

CANCELAMENTO DA COBERTURA

O Seguro será cancelado após o pagamento do Capital Segurado referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de Prêmios eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica. Não haverá reintegração do Capital Segurado.

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE- DITA

RISCOS COBERTOS

A incapacidade temporária é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data do último retorno as atividades laborativas.

Além dos Riscos Excluídos previstos nas Condições Gerais, não terão cobertura do Seguro:

- a) Gravidez e suas consequências;
- b) Anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- c) Hérnia discal, exceto após tratamento cirúrgico;
- d) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;
- e) Cirurgias plásticas estéticas ou embelezadoras e suas consequências;
- f) Tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;
- g) Hospitalização para check-up;
- h) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- i) Todas as doenças ou transtornos mentais;
- j) Síndrome do Pânico;
- k) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;

- l) Cirurgias para esterilização;
- m) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- n) Luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;
- o) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- p) As doenças de características reconhecidamente progressivas, com fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrose;
- q) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
- r) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membro superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- s) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- t) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.

Também fica expressamente excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de invalidez permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que a cobertura garante apenas diárias de incapacidade temporária.

Caso o Segurado esteja afastado e sua incapacidade evoluir para invalidez permanente total, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às diárias garantidas por esta cobertura.

CARÊNCIA e FRANQUIA

Aplica-se carência e franquia de até 180 (cento e oitenta) dias a partir da data de início de vigência da cobertura individual. Além da carência.

CAPITAL SEGURADO

Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos Sinistros, será considerada como data do evento, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, constatados através da análise da documentação apresentada.

A Reintegração do Capital Segurado é automática após cada Sinistro.

Forma de pagamento do Capital Segurado

Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base o relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado imediatamente após seu retorno ao Médico Assistente.

Após um evento de Incapacidade Física Total Temporária, que tenha sido devidamente indenizado, o Segurado, somente após transcorridos 6 (seis) meses, a contar da data do término da incapacidade constatada, estará novamente elegível à pleitear e receber o Capital Segurado em caso de um novo evento de Incapacidade Física Temporária.

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL INDIVIDUAL OU FAMILIAR POR ACIDENTE

RISCOS COBERTOS

Esta Cobertura, desde que contratada mediante pagamento do Prêmio correspondente, garante a prestação de serviços com o funeral ou reembolso das despesas de funeral, no caso da morte do Segurado e dos seus dependentes, de acordo com o plano de cobertura contratado, decorrente de Acidente Pessoal, ocorridos durante a Vigência do Risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais, excetuando-se os Riscos Excluídos previstos nas Condições Contratuais do Seguro e nesta cláusula.

A prestação de serviços ou o de reembolso de despesas com funeral não caracteriza o direito à cobertura de Morte. O pagamento do Capital Segurado da cobertura de Morte estará sujeito a análise da documentação e demais circunstâncias da ocorrência do Sinistro, respeitadas as demais cláusulas Contratuais.

Nas localidades onde não esteja disponível rede credenciada com o prestador de serviço de assistência, a Indenização será na forma de reembolso.

No caso da opção pelo reembolso, serão reembolsadas as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação do Segurado ou seus dependentes, de acordo com o plano de cobertura contratado, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais (cópias autenticadas) contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, exceto as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo.

No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de assistência Funeral, não haverá qualquer direito a reembolso posterior.

- Nome do Segurado;
- CPF.

Para planos abrangendo os dependentes, além das informações do Segurado acima, deverá ser informado:

- Nome do sinistrado e grau de parentesco;

- CPF sinistrado;
- Comprovante do grau de parentesco.

Confirmados os dados do Segurado e/ou do sinistrado e estando o Seguro em vigor, serão prestados os serviços previstos neste plano.

Para que ocorra a prestação do serviço de funeral, fica acordado que o familiar do Segurado deverá obrigatoriamente entregar ao prestador as cópias das seguintes documentações:

- Declaração de óbito (ou certidão de óbito);
- RG e CPF do Segurado e do sinistrado, em caso de planos com abrangência de dependentes.

O Serviço de Assistência Funeral garante a prestação dos serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço), que englobam os seguintes itens:

- Urna: de madeira com ou sem visor, padrão standard, e ornamentação com flores da época;
- Veículo: carro fúnebre dentro do município de residência;
- Véu: véu simples para cobrir o corpo;
- Capela: locação de salas velatórias públicas. Caso seja realizado em salas particulares, os valores deverão ser similares aos das salas públicas;
- Cremação: serviço executado apenas nas cidades que possuem disponibilidade para a realização. A Assistência arcará com os custos equivalentes aos dos crematórios públicos, caso a família opte pelo serviço particular. As cinzas serão encaminhadas para a cidade domiciliar da família. As despesas com passagens e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Cremação correrão por conta da família;
- Documentação: registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da certidão de óbito;
- Flores: 01 (uma) coroa de flores média e 1 arranjo de flores para decoração da sala de velório;
- Preparação do Corpo: banho, barba, vestimenta (ato de vestir), etc (higienização básica mais preparação e tamponamento);
- Presença: livro ou folha para assinaturas;
- Parâmetros: jogo de paramentos, castiçais e velas, que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona;
- Sepultamento: em túmulo (ou jazigo) da família, com pagamento da taxa de sepultamento, desde que a mesma seja compatível com os custos da taxa dos cemitérios públicos;
- Jazigo: caso o Segurado não possua jazigo ou sepultura, a Seguradora garantirá a locação de cemitério e jazigo por um período máximo de 03 (três) anos, tempo necessário para exumação. Após este período, a locação fica sob responsabilidade dos familiares. Não sendo possível sepultamento por motivos alheios a vontade da Seguradora na cidade indicada pela família, este será feito na cidade mais próxima;
- Transmissão de Mensagens Urgentes: a Assistência transmitirá mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do cliente).

Além das exclusões constantes na Cláusula – Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão excluídos:

- a) A aquisição de jazigo;
- b) A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

IMPORTÂNCIA SEGURADA

A Importância Segurada representa o valor máximo a ser pago ao Beneficiário em caso de Sinistro coberto.

Para efeito de determinação da Importância Segurada desta cobertura, na liquidação dos Sinistros, será considerada como data do evento a data do óbito do Segurado.

Essa cobertura poderá ser contratada nas seguintes opções:

- a) Funeral – Individual: Garante o reembolso ou os serviços de assistência exclusivamente para o Segurado Principal

do Seguro;

- b) Funeral - Familiar: Garante o reembolso ou os serviços de assistência para o Segurado do Seguro, seu cônjuge e filhos.

Para fins desta cobertura, deve ser considerado:

i. Cônjuge: é a(o) esposa(o) do Segurado(a);

O(a) companheiro(a) equipara-se ao cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

ii. Filhos – são considerados para fins desse Seguro, o(s) filho(s), o(s) enteado(s) e o(s) menor(es) considerado(s) dependente(s) do Segurado, conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda – IRPF.

BENEFICIÁRIO

Será a pessoa física ou jurídica que, mediante apresentação de comprovantes originais, tiver realizado o pagamento das despesas com o funeral, observado o Capital Segurado.

A Indenização relativa a qualquer Sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas com o funeral do Segurado.

Será calculada a Indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, limite máximo de Indenização da cobertura;

Se a quantia calculada da Indenização, mencionada acima for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva Indenização individual, assumindo o Beneficiário a responsabilidade pela diferença, se houver;

Do contrário, ou seja, se for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva Indenização individual e a soma a que se refere aquele item.

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES – DMH

RISCOS COBERTOS

Garante ao Segurado o reembolso ou pagamento das despesas médico-hospitalares necessárias ao seu tratamento, decorrentes exclusivamente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura. As despesas devem estar devidamente comprovadas por documentos fiscais originais e relatórios médicos, sendo obrigatoriamente realizadas dentro do território nacional e dentro do prazo máximo estabelecido nas condições contratuais.

CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado será o limite máximo de responsabilidade da Seguradora para esta cobertura, por evento e por Segurado, conforme estabelecido no bilhete de seguro.

O reembolso será limitado ao valor efetivamente gasto e às tabelas de referência contratadas, respeitado o limite do Capital Segurado.

CARÊNCIA

Não há carência para esta cobertura. A garantia tem início a partir da data de vigência da cobertura individual do Segurado, conforme estipulado no bilhete.

PERDA DE RENDA – DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – PR/DI

RISCOS COBERTOS

Garante ao Segurado, empregado formalmente registrado sob regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o pagamento de uma indenização correspondente ao valor contratado, limitada ao número de parcelas previstas, em caso de demissão involuntária, sem justa causa, ocorrida durante a vigência da cobertura.

A caracterização da perda de vínculo empregatício deverá ser comprovada por meio da documentação pertinente, como Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho (TRCT) e baixa na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS).

CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado será calculado com base no valor da parcela mensal definida no Bilhete de seguro, multiplicado pelo número de parcelas contratadas (ex: 3 ou 6 parcelas).

A indenização será paga em parcelas mensais diretamente ao Segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais.

CARÊNCIA

Aplica-se carência de até 180 (cento e oitenta) dias a partir da data de início de vigência da cobertura individual.

Além da carência, poderá ser exigido um período mínimo de vínculo empregatício com o mesmo empregador anterior à demissão.

Será elegível à contratação desta Cobertura e recebimento da Indenização, as pessoas físicas que possuam vínculo empregatício sujeito exclusivamente ao regime da CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, por período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos para o mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do Evento Coberto e a atividade exercida possa ser comprovada através dos documentos.

Desta forma, são inelegíveis à contratação desta Cobertura todos os que não se enquadram no conceito e definição indicados no seu objeto, especialmente os:

- a) Profissionais liberais, assim entendidos aqueles que exerçam profissão intelectual de natureza científica, literária ou artística, sem vínculo empregatício;
- b) Profissionais autônomos, assim entendidos aqueles que exerçam sua atividade profissional sem vínculo empregatício;
- c) Empresários individuais, rurais ou sócios e/ou participantes de conselhos de administração de sociedade empresária, conforme definição prevista na legislação civil e comercial em vigor;
- d) Funcionários públicos temporários ou que tenham cargo/mandato de eleição pública, assessores e outros nomeados cujos contratos de trabalho não estiverem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT e/ou por estatuto (lei) específico;

e) Proponente pessoa jurídica.

Após um evento de Desemprego Involuntário em que o Segurado tenha sido indenizado, somente estará elegível a contratação novamente desta Cobertura, após a comprovação do novo período mínimo de 12 (doze) meses de novo trabalho ininterrupto, para o mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais.

PERDA DE RENDA – INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA – PR/IFTT

RISCOS COBERTOS

Garante ao Segurado profissional liberal, autônomo, MEI, EI ou SLU, o pagamento de uma indenização limitada ao número de parcelas contratadas, em caso de afastamento comprovado por incapacidade física total e temporária para o exercício da sua atividade remunerada, decorrente de acidente pessoal.

A incapacidade deverá ser atestada por profissional médico legalmente habilitado, com apresentação de laudos e exames complementares. Durante o período de afastamento, o segurado não poderá exercer sua ocupação habitual ou qualquer outra atividade remunerada.

CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado será definido com base no valor da parcela mensal contratada e especificada no Bilhete, multiplicado pelo número de parcelas contratadas (exemplo 3 ou 6 parcelas).

A Indenização será paga mensalmente, durante o período de afastamento, limitada ao número máximo de parcelas previstas, conforme condições contratuais.

Após um evento de Perda de Renda – Incapacidade Física Total e Temporária em que o Segurado tenha sido indenizado, somente estará elegível a contratação novamente desta Cobertura, após a comprovação do novo período mínimo de 180 (cento e oitenta) dias.

CARÊNCIA

Aplica-se carência de até 180 (cento e oitenta) dias a partir da data de início de vigência da cobertura individual.

CENTRAL DE RELACIONAMENTO

Para quaisquer informações e/ou esclarecimentos, a Central de Relacionamento poderá ser acionada, por meio do telefone 4000 1246 de segunda à sexta-feira das 9h até 18h.

Para acionar o SAC, ligue 0800 940 0312 – Deficientes Auditivos: 0800 777 2800 ou e-mail: ouvidoria@akadseguros.com.br – Atendimento 24h todos os dias da semana, para dúvidas gerais, obter informações, realizar sugestões, cancelar algum produto ou serviço.

Para acionar a Ouvidoria, ligue 0800 940 0312 – Reclamações não atendidas satisfatoriamente por outros canais, ou sugestões e elogios.

Para facilitar/agilizar o atendimento da Ouvidoria, informe o número de protocolo anterior fornecido pelo SAC ou demais canais de atendimento. Horário de atendimento das 8 às 18 horas, de segunda à sexta-feira, exceto feriados nacionais.

QUADRO RESUMO DO BILHETE DE SEGURO:

Seguradora: AKAD Seguros S.A.

Produto: Bilhete de Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo

Coberturas: Conforme especificado no certificado ou condições contratuais

Capital Segurado: Conforme especificado no certificado ou condições contratuais

Vigência: Conforme estipulado no bilhete individual ou coletivo

Forma de Pagamento: Mensal, via boleto bancário ou outro meio aceito

SAC: 0800 940 0312 – Deficientes Auditivos: 0800 777 2800 – e-mail: ouvidoria@akadseguros.com.br

Ouvidoria 0800 940 0312

Prazo para pagamento da indenização: até 30 dias após entrega da documentação completa