

CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO
ESSENCIAL

Processo SUSEP 15414.613077/2024-35

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES.....	4
2. GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS	4
3. OBJETIVO DO SEGURO	7
4. GARANTIAS DO SEGURO	7
5. EXCLUSÕES GERAIS.....	7
5. 1 EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS	8
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	8
7. GRUPO SEGURÁVEL.....	8
8. CARÊNCIAS	8
9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO	8
10. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	9
11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	10
12. INCLUSÃO DE SEGURADOS	10
13. CAPITAL SEGURADO	10
14. CUSTEIO DO SEGURO	11
15. PAGAMENTO DO PRÊMIO	11
16. REVISÃO DO PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO.....	12
17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO.....	12
18. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO	13
19. RESCISÃO E/OU ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO.....	13
20. TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	13
21. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO	14
22. PROCEDIMENTOS EM CASO DE OCORRÊNCIA DE UM EVENTO COBERTO	15
23. BENEFICIÁRIOS	17
24. MODIFICAÇÃO DE RISCO	17
25. ESTIPULANTE	18
26. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS	19
27. MODIFICAÇÃO DA APÓLICE	19
29. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	19
30. PRESCRIÇÃO.....	19
31. TRIBUTOS	19
32. FORO	19
33. CONDIÇÕES OPERACIONAIS - Contratos não contributivo	19
34. CONDIÇÕES ESPECIAIS.....	20
MORTE ACIDENTAL.....	20
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	20
DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES POR ACIDENTES – DMH.....	22
AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE	23
35. CENTRAL DE RELACIONAMENTO	23

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 Gerais são as cláusulas comuns a todas as coberturas e/ou modalidades da apólice de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

Condições Especiais são as disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

Contrato - 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, dos assistidos e dos beneficiários.

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

CONDIÇÕES GERAIS

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.

De acordo com as condições constantes da proposta de seguro, o Segurado declara estar ciente e expressamente autoriza a inclusão de todos os dados e informações relacionadas ao presente seguro, assim como, de todos os eventuais sinistros e ocorrências referentes ao mesmo, em banco de dados; onde a Seguradora poderá recorrer para análise de riscos atuais e futuros e na liquidação de processos de sinistros.

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

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

O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

A contratação do seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo estipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

2. GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

Este glossário é composto de palavras e expressões comumente usadas pelo mercado segurador, e por vezes desconhecidas pelo grande público consumidor de seguros.

Tem por objetivo elucidar as dúvidas que porventura possam existir na leitura e interpretação das Condições Gerais, Coberturas Básicas, Adicionais e Cláusulas Específicas que regem este contrato de seguro.

Acidente Pessoal – 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, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

Apólice – É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

Beneficiário – É a pessoa física ou jurídica, designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Capital Segurado – valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

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

Certificado Individual – documento destinado ao Segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

Coberturas de Risco – coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

Condições Contratuais – 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 deste 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.

Consignante – pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Sociedade Seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

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 obrigações do Estipulante, da Sociedade Seguradora, dos Segurados e dos beneficiários.

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

Estipulante – É a pessoa natural ou jurídica que contrata a Apólice Coletiva de Seguros, ficando investido dos poderes de representação dos Segurados perante a Sociedade Seguradora.

Evento Coberto – É o acontecimento futuro, possível e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, passível de ser indenizado pelas Garantias cobertas no Contrato de Seguro, desde que ocorrido durante a vigência do Seguro e que não esteja excluído por estas Condições Gerais.

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 durante o qual o Segurado fica responsável como segurador de si próprio; ou seja, o Segurado só fará jus a reembolsos dos valores que excederem ao determinado para a franquia estipulada por evento, conforme previsto no contrato de seguro.

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

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

Grupo Segurável – É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas (Componentes Principais e Componentes Dependentes) vinculadas ao Estipulante que podem aderir ao 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 do capital da respectiva cobertura contratada.

Índice de Aceitação e Manutenção – É a relação entre o número de Segurados incluídos na Apólice Coletiva de Seguro e o número de Componentes do grupo segurável, expresso em percentagem, sendo estabelecido pela Seguradora, para cada grupo segurado e constante no Contrato do Seguro.

Início de Vigência – É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Sociedade

Seguradora.

Invalidez Permanente por Acidente – É a invalidez definitiva caracterizada pela perda, redução ou impotência funcional definitiva total de um membro ou órgão por lesão física, atestada por profissional legalmente habilitado, causada por Acidente Pessoal coberto.

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 a exercer a prática da medicina.

Migração de apólices – É a substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência;

Nota Técnica Atuarial – documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.

Período de Cobertura – É o período durante o qual o Segurado fará jus aos benefícios do plano de Seguro contratado, desde que respeitadas as Condições previstas.

Prazo de Carência – período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

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

Prestação de Serviço de Assistência Funeral - É o conjunto de providências tomadas pela empresa terceirizada para a organização, de forma abrangente e adequada, do funeral do Segurado ou de seu(s) Dependente(s), conforme padrão e plano contratados e respectivo limite de despesas.

Proponente – o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

Proposta de Adesão – É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

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

Reabilitação do Seguro – É o restabelecimento das Coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão.

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

Riscos Excluídos – São os eventos pré-estabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

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

Seguradora – É a Companhia 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 – a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

Vigência do Contrato de Seguro – É o período no qual a Apólice de Seguro estará em vigor.

Vigência da Cobertura Individual – É o período em que o Segurado está coberto pelas Garantias contratadas na Apólice de Seguro.

3. OBJETIVO DO SEGURO

O objetivo deste seguro é garantir o pagamento de uma Indenização ou Reembolso ao próprio Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de um dos Eventos Cobertos pelas Garantias contratadas; **exceto se decorrentes de Riscos Excluídos, desde que respeitadas as Condições Contratuais** e observadas as disposições das Condições Gerais, das Condições Especiais, e do Contrato, expressamente convencionadas.

4. GARANTIAS DO SEGURO

As coberturas deste seguro são contratadas de forma coletiva e são estruturadas na modalidade de benefício definido, segundo a qual os valores do capital segurado, pagável de uma única vez e respectivos prêmios, são estabelecidos previamente, na proposta de adesão.

As Garantias do Seguro dividem-se em básica de contratação obrigatória e adicionais de contratação facultativa, mediante pagamento de prêmio adicional, conforme opções oferecidas por esta Sociedade Seguradora, sendo que quando da conjugação de coberturas, estas deverão ser especificadas na apólice do seguro.

Garantia Básica oferecida neste plano de seguro:

a) Morte Acidental – MA

São as seguintes as Garantias Adicionais oferecidas neste plano de seguro:

- a) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA**
- b) Auxílio Funeral por Morte Acidental**
- c) Despesas Médico-Hospitalares por Acidentes- DMH**

As garantias adicionais somente podem ser concedidas para a totalidade do grupo de Segurados.

As Garantias Adicionais contratadas serão as indicadas na Proposta de Seguro e ratificadas no Contrato e na Apólice, de acordo com a respectiva Condição Especial.

Para contratação das Garantias Adicionais, será imprescindível contratar a Garantia Básica deste plano de seguro.

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, ou lesões, ou invalidez, ou enfermidades pré-existentes a data de início de vigência do Risco Individual, ou sequelas delas provenientes e que apesar de conhecidas pelo Segurado, não foram declaradas na Proposta de Adesão, nos casos em que este é exigido, ou informadas quando de sua inclusão no Seguro.**
- e) **Doenças de qualquer natureza;**
- f) **Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;**
- g) **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- h) **Lesões intencionalmente auto infligidas, independente da sanidade mental do Segurado;**
- i) **Intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- j) **Casos popularmente conhecidos como "acidentes médicos", como apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose entre outros; e**
- k) **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 recondução depois de suspenso.**

5.1 EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

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

6.ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

As garantias do seguro previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre. **Sendo que as eventuais indenizações serão pagas no Brasil e em moeda corrente nacional.**

7.GRUPO SEGURÁVEL

Este seguro destina-se às pessoas físicas que tenham idade mínima de **16 anos (dezesseis)** anos e idade máxima de até **70 (setenta)** anos na data de contratação.

8.CARÊNCIAS

Quando prevista na respectiva Condição Especial, 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.

Não haverá carência, exceto no caso de SUICÍDIO que deverá ser observado o período de carência de 2 (dois) anos ininterruptos; para as Garantias de Morte Acidental, de Invalidez Permanente Total por Acidente, desde que essas tenham sido contratadas.

Caso o Segurado seja transferido para outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência, para os Segurados já incluídos no Seguro pela Apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

9.CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

A Proposta de Contratação deste Seguro deverá ser preenchida e assinada obrigatoriamente pelo Estipulante e Corretora e deverá ser entregue à Seguradora.

As Condições Gerais completas deste Seguro estarão à disposição do Estipulante e dos Segurados, quando da apresentação da Proposta de Contratação.

Poderão ser incluídos no seguro os Componentes do grupo segurável, mediante preenchimento completo e assinatura da Proposta de Adesão; bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis e que atendam as seguintes exigências:

- a) Tenham idade dentro do limite estabelecido no Contrato de Seguro; e
- b) Declarem a doença(s), lesão(ões) ou invalidez permanente, pré-existente(s) ao início de vigência do Risco Individual de cada Segurado, as quais serão excluídas da indenização de qualquer evento.

A inobservância a qualquer das condições previstas nas alíneas “a” e “b” desta Cláusula, caracterizará a perda da condição de Segurado, mesmo não havendo o preenchimento da Proposta de Adesão pelo Proponente.

A inclusão dos Proponentes será feita de acordo com o estabelecido na Proposta de Contratação ou no Contrato, podendo ser exigido, para análise de aceitação do Segurado, o preenchimento de Proposta de Adesão, bem como declaração pessoal ou prova de saúde.

A Seguradora terá um prazo de até 15 (quinze) dias para aceitar ou recusar a Proposta de Contratação e a Proposta de Adesão, contados da data do seu recebimento.

O Seguro será automaticamente aceito, caso a Seguradora não manifeste a recusa da Proposta de Adesão por escrito ao Proponente, no prazo de 15 (quinze) dias, devidamente justificada. Este prazo será suspenso, quando a Seguradora solicitar, uma única vez, apresentação de novos documentos, tais como provas de saúde e/ou Ficha Financeira, para análise dos riscos, e voltará a correr a partir da data em que forem entregues.

Caso a Seguradora solicite provas de saúde, ou documentos complementares, o prazo de 15 (quinze) dias para aceitação da Proposta de Adesão, voltará a correr a partir da data do recebimento dessa documentação.

A recusa da Proposta de Contratação, Proposta de Adesão será comunicada, caso já tenha ocorrido o pagamento de prêmio, implicará na devolução integral do prêmio pago pelo Proponente e/ou Estipulante; atualizado monetariamente pela variação do índice previsto na Proposta de Contratação e/ou Contrato, desde a data do pagamento até a data da efetiva restituição pela Seguradora. O valor é devido a partir do momento da formalização da recusa e será restituído no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos.

No caso do Seguro contratado sem Proposta de Adesão e/ou Declaração Pessoal de Saúde do Proponente, fica o Estipulante responsável pela informação de que cada participante do grupo segurado atenda as exigências previstas para as Condições de aceitação.

A inobservância às condições previstas acima, caracterizará ao participante do grupo segurado a perda da condição de Segurado, não sendo devida, qualquer indenização por parte da Seguradora.

A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:

I - a data da manifestação expressa pela Seguradora;

II - a data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou

III - a data de término do prazo de 15 (quinze) dias para análise das propostas, tanto de Contratação como de Adesão, quando caracterizada a aceitação tácita das mesmas.

10. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta pela Seguradora ou de data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o qual constará no Certificado Individual.

11.VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

O seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de seu vencimento, sem devolução dos prêmios pagos.

Caso não haja interesse da Seguradora em renovar o seguro, o fato será comunicado ao Estipulante/Segurado, mediante aviso prévio de no mínimo 30 (trinta) dias que antecedem o final de vigência da apólice.

A vigência da Apólice de Seguro será pelo prazo de 12 (doze) meses, ou de acordo com o previsto na Proposta de contratação e/ou no Contrato referente à Apólice, podendo ser renovada automaticamente, por igual período de vigência inicial, apenas uma vez; salvo se a Seguradora ou o Estipulante do Seguro, mediante aviso prévio de no mínimo 30 (trinta) dias de antecedência de seu vencimento, comunicar por escrito o desinteresse pela Renovação automática.

Outras renovações somente ocorrerão se expressamente acordado pela Seguradora e o Estipulante e desde que não acarretem ônus ou dever adicional para os Segurados, ou redução de seus direitos. Caso se verifique uma destas situações, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, exceto para o modelo não contributivo.

12.INCLUSÃO DE SEGURADOS

A inclusão dos Componentes Seguráveis é feita por adesão a este Seguro, conforme indicação no Contrato, das seguintes formas:

- a) Automática = quando o Seguro abranger todos os Componentes do grupo segurável;
- b) Facultativa = quando o Seguro abranger somente os Componentes que tiverem sua inclusão expressamente declarada, através de Proposta de adesão.
- c) Não contributória = quando o Estipulante disponibiliza o Seguro para o grupo segurável

13.CAPITAL SEGURADO

Para fins deste Seguro, capital segurado é o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado, de acordo com a Cobertura, pela Seguradora em função do valor estabelecido para cada Garantia, vigente na data do evento, na ocorrência de sinistro.

Considera-se como data do evento para efeito de determinação do capital segurado, em todas as Garantias deste Seguro, a data do respectivo acidente.

O capital segurado poderá ser escolhido pelo Proponente e/ou pelo Estipulante, conforme determinar o Contrato, e não poderá ultrapassar o limite de capital segurado estabelecido para a Apólice.

Caso o Segurado contrate mais de um Seguro, com esta mesma Seguradora, regido por estas Condições Gerais, a soma dos capitais segurados de uma mesma garantia e referente ao mesmo Segurado, não poderá ultrapassar o Limite de Aceitação da Seguradora.

O capital segurado contratado para cada garantia, estabelecido pelo Segurado e/ou Estipulante, constará no Certificado Individual, ou na Proposta, ou no Contrato.

Não haverá reintegração da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, após o pagamento de 100% do capital

segurado.

14.CUSTEIO DO SEGURO

Para fins deste Seguro e de acordo com a declaração constante no Contrato deste seguro o custeio poderá ser:

- a) Não contributivo, quando os Componentes não pagam prêmios, ou
- b) Contributivo, quando os Componentes pagam prêmios parcial ou totalmente.

Quando o seguro for “não contributivo”, a totalidade do grupo segurável deverá compor o grupo segurado.
Quando o seguro for “contributivo”, o Índice de Aceitação e Manutenção será estabelecido para cada grupo segurável.

O índice mínimo de Aceitação e Manutenção do contrato de seguro estará estabelecido no Contrato.

15.PAGAMENTO DO PRÊMIO

A periodicidade de pagamento do prêmio e a forma de cobrança serão estabelecidas na Proposta de Seguro e/ou no Contrato.

A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da apólice, da conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos que resultem alteração do prêmio.

Os prêmios poderão ser pagos pelo Segurado e/ou pelo Estipulante, boleto bancário, débito em conta corrente ou cartão de crédito, conforme acordo entre as partes contratantes.

A Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, conforme disposições estabelecidas no Contrato.

É expressamente vedado ao Estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao Custeio do Seguro. Quando houver o recolhimento de outros valores devidos ao Estipulante, juntamente com o prêmio, seja a que título for, é obrigatório o destaque, no documento de Cobrança, do valor do prêmio discriminado por Seguro contratado. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer Taxa de inscrição ou de intermediação.

Quando a forma de cobrança do prêmio for o Desconto em Folha de Pagamento, salvo nos casos de Cancelamento da Apólice, o Empregador somente poderá interromper o recolhimento do prêmio à Seguradora, em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido do Segurado por escrito. Quando o consignante não for o estipulante do seguro, na ausência do repasse à seguradora dos prêmios recolhidos por este, não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

Qualquer Indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado, o que deve ser feito, no máximo até a data limite prevista no Contrato do Seguro e no respectivo documento de cobrança. No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das Garantias.

Se o Evento Coberto ocorrer dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito à Indenização não fica prejudicado se o pagamento do prêmio for realizado ainda naquele prazo.

Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, a cobertura será automaticamente suspensa, e o Segurado ou Beneficiários ficarão sem direito a quaisquer das Garantias contratadas.

A cobertura se restabelecerá a partir das vinte e quatro horas do dia do pagamento da(s) Fatura(s) em atraso, devidamente atualizada(s) monetariamente pelo índice previsto na Proposta de Seguro e/ou Contrato, acrescido de Multa, Comissão de Permanência e Juros descritos no Contrato, sendo calculados desde a data do respectivo vencimento, até a data de seu efetivo pagamento. Caso haja extinção do índice pactuado e, não havendo alteração, fica prevalecendo para todos os efeitos o IPCA.

Caso não seja efetuado o pagamento dos prêmios referentes a 02 (dois) meses consecutivos ou não e, estando a primeira parcela vencida a mais de 60 (sessenta) dias; o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.

Independente do Cancelamento da Apólice por falta de pagamento do prêmio, conforme prazo previsto, o Estipulante fica obrigado a efetuar a quitação das Faturas emitidas, as quais se encontram pendentes de pagamento, tendo em vista, o período de Cobertura do Seguro decorrido.

Entretanto, nos Seguros coletivos contributários, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do Seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

Os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez, devidamente atualizados monetariamente pelo índice previsto na Proposta de Seguro e/ou Contrato, acrescido de Multa e Juros descritos no Contrato, sendo calculados desde a data do respectivo vencimento, até a data de seu efetivo pagamento. Caso haja extinção do índice pactuado e, não havendo alteração, fica prevalecendo para todos os efeitos o IPCA.

Os prêmios do Seguro poderão ser reavaliados junto ao Estipulante, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial desta modalidade de Seguro, ou outro parâmetro desde que previsto na Proposta de Seguro ou no Contrato.

Quando a reavaliação implicar ônus ou dever aos Segurados ou a redução dos seus direitos, sua efetivação dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, pelo menos, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, exceto para o modelo não contributivo.

16. REVISÃO DO PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO

Qualquer aumento dos capitais implicará em aumento automático dos prêmios, o qual poderá obedecer à mesma proporção aplicada ao acréscimo dos capitais, ou até novas Condições, devido a composição do grupo segurado e Coberturas da Apólice.

As taxas utilizadas no cálculo do prêmio poderão ser reavaliadas, ocasionando alteração nos valores. Os prêmios, quando reajustados, serão comunicados ao Estipulante, que por sua vez, deverá comunicar aos Segurados.

Qualquer alteração que implique ônus ou dever aos Segurados ou a redução dos seus direitos, sua efetivação dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, pelo menos, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, exceto para o modelo não contributivo.

17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO

Os capitais segurados e os prêmios deste seguro serão atualizados anualmente, em cada aniversário da Apólice, pela variação anual do índice previsto na Proposta de Contratação e/ou Contrato, tomando-se por base os índices desde a data da última Atualização Monetária, até a data da efetiva correção, exceto para Apólices que possuem outro tipo de atualização de capital segurado.

Para as Apólices que possuem atualização de capital segurado segundo a variação do salário/provento ou outro índice não especificado nestas Condições Gerais, tomar-se-á por base a variação desde a data da última atualização, até a data da efetiva correção, conforme definido na Proposta e/ou no Contrato.

18.SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não estiver quitado, as Coberturas deste Seguro estarão 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 a indenização referente a qualquer Garantia contratada, no caso de ocorrência de um Sinistro.

19.RESCISÃO E/OU ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

Caso, até o prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data do vencimento do prêmio, não seja efetuado o pagamento dos prêmios em atraso, o Seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações; desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

O presente Seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, devendo haver anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, exceto para o modelo não contributivo.

No caso de rescisão contratual, por iniciativa de qualquer uma das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

A Seguradora poderá rescindir o contrato mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias no mínimo, caso a natureza dos riscos venha a sofrer alteração que a torne incompatível com as condições mínimas de manutenção, ou em decorrência de incidência de Sinistro ocasionando um desvio entre as Condições vigentes e a experiência obtida durante o período de Análise de Resultado, se porventura não houver acordo quanto ao reajuste dos prêmios.

O Seguro será cancelado no caso de Morte Acidental de cada Segurado.

Em caso de alteração do contrato que acarrete alteração de prêmio, o novo prêmio será comunicado ao Estipulante do Seguro e será cobrado no mês subsequente ao da alteração.

Caso haja pendência de pagamento de prêmio por parte do Segurado / Estipulante, este deverá ser quitado, devidamente atualizado monetariamente pelo índice previsto na Proposta de Seguro e/ou Contrato, acrescido de Multa e Juros descritos no Contrato, sendo calculados desde a data do respectivo vencimento, até a data de seu efetivo pagamento.

Caso haja extinção do índice pactuado e, não havendo alteração, fica prevalecendo para todos os efeitos o IPCA.

20.TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

A Cobertura Individual de cada Segurado, incluído no Seguro, cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade, sem restituição dos prêmios, caso o Segurado, seus prepostos, ou Beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação, má fé, ou culpa grave na contratação do Seguro, ou ainda para obter ou majorar a Indenização.

O Segurado é obrigado a comunicar a Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à Garantia, caso seja provado que silenciou de má-fé.

A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco sem culpa do Segurado, poderá dar-lhe ciência, de sua decisão de cancelar o contrato.

O Cancelamento do Seguro, somente será eficaz, 30 (trinta) dias após a notificação por parte do Estipulante ou Segurado.

Caso haja diferença de prêmio, esta será restituída ao Segurado, corrigida pela variação do índice previsto na Proposta de Contratação e/ou Contrato, a contar da data de Cancelamento, até a data do efetivo pagamento. Caso haja extinção do índice pactuado e, não havendo alteração, fica prevalecendo para todos os efeitos o IPCA.

Caso haja pendência de pagamento de prêmio por parte do Segurado / Estipulante, o mesmo deverá ser quitado, devidamente atualizado monetariamente pelo índice previsto na Proposta de Contratação e/ou Contrato, acrescido de Multa e Juros descritos no Contrato, sendo calculados desde a data do respectivo vencimento, até a data de seu efetivo pagamento. Caso haja extinção do índice pactuado e, não havendo alteração, fica prevalecendo para todos os efeitos o IPCA.

Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa ainda:

Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, podendo, neste caso, o Segurado optar por continuar com as mesmas Coberturas e Garantias assumindo os novos Custos do risco e de Cobrança, desde que, a solicitação seja na mesma data que foi cancelado do grupo;

Quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio, ou persistir a inadimplência no pagamento de prêmio, após os 60 (sessenta) dias de suspensão, porém não estando coberto durante o período de inadimplência;

Quando da ocorrência de um Sinistro e, a indenização prevista para a Garantia de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por acidente, desde que contratada, envolvida no evento, atingir o percentual de 100% (cem por cento) do capital segurado; e

Quando a apólice for cancelada pela Seguradora ou pelo Estipulante, desde que tal cancelamento seja devidamente comunicado por escrito e acordado entre uma parte e a outra.

21.PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

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

Inexatidão, omissão falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão que tenham influenciado na aceitação do Seguro ou na Taxa para cálculo do prêmio;

A inobservância das obrigações convencionadas na Apólice deste contrato de Seguro, que acarretem agravação do Risco Coberto;

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; ou

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

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

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

O seguro será cancelado, após o pagamento da indenização, retendo, 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 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, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença do prêmio cabível.

O Segurado está obrigado a comunicar à Sociedade Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má fé.

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 a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

22.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 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 por parte do Segurado ou beneficiário(s), a Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do Sinistro. Após este prazo 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 IPCA.

É facultado à 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 apuração do Sinistro. 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, bem como a avaliação da incapacidade, serão submetidas a uma junta médica, constituída de 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 membro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado 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.

Os resultados apurados pela perícia, incluindo-se laudos de exames, serão de uso unicamente da Seguradora.

No caso de Beneficiários menores de idade, a Indenização será paga conforme a seguir:

Pessoas de idade inferior a 16 (dezesesseis) anos – a Indenização será paga, em nome do menor Segurado e/ou Beneficiário, ao seu representante legal.

Pessoas de idade entre 16 (dezesesseis) a 17 (dezesete) anos – a Indenização será paga ao menor Segurado, devidamente assistido por seu pai, sua mãe ou, finalmente, por seu tutor ou curador.

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

Em caso de Morte Acidental e Auxílio Funeral:

- a) Formulário de aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário, pelo Estipulante e pelo médico assistente;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia autenticada da Cédula de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, se for o caso;
- e) Cópia autenticada do Inquérito Policial;
- f) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
- h) Cópia autenticada do Laudo de Exame Toxicológico, e cópia autenticada do Laudo de Teor Alcoólico, quando realizados;
- i) Cópia autenticada do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir.
- j) Documentação do(s) Beneficiário(s):
 - k)
 - Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento (atualizada), da Cédula de Identidade e do CPF.
 - Companheira(o): cópia autenticada da Cédula de Identidade, do CPF e documento que comprove a união estável na data do evento.
 - Filhos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento, da Cédula de Identidade e do CPF.
 - Pais e Outros: cópia autenticada da Certidão de Casamento, da Cédula de Identidade e do CPF.

Observação: o pedido de apresentação de peças do Inquérito Policial não condiciona o pagamento da indenização.

Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente;
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a Invalidez Permanente, bem como Atestado Médico, indicando o grau de invalidez de acordo com a tabela apresentada na Cláusula de Invalidez Permanente Total por Acidente, anexando os exames realizados pelo Segurado, podendo também ser aceito o laudo oficial da Previdência Social;
- c) Cópia autenticada da Cédula de Identidade e do CPF do Segurado;
- d) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, se for o caso;
- e) Cópia autenticada do Inquérito Policial se for o caso.
- f) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Cópia autenticada do Laudo de Exame Toxicológico, e cópia autenticada do Laudo de Teor Alcoólico, quando realizados;
- h) Cópia autenticada do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir.

Em caso de Despesas Médico-Hospitalares por Acidente:

- 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 e hospitalares. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas.

Observação: o pedido de apresentação de peças do Inquérito Policial não condiciona o pagamento da indenização.

Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimento que julgar necessário.

As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o Segurado será comunicado, com a justificativa para o não pagamento.

23.BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário, em caso de Morte do Segurado, será designado pelo Proponente (Segurado) na Proposta de Adesão, podendo ser substituído a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada. Nenhuma alteração de Beneficiário terá validade se não constar da declaração escrita do Segurado.

Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento das respectivas nomeações, o percentual do capital segurado que será destinado a cada um.

Deve ser observado que, não se pode instituir Beneficiário, em caso de Morte do Segurado, pessoa que for legalmente inibida de receber a indenização do Seguro.

Na falta de indicação expressa de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, em caso de Morte do Segurado, os beneficiários serão aqueles indicados por lei, devendo a indenização ser paga metade ao Cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária, sendo ainda observado o disposto na Legislação Específica. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a Morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, o Beneficiário do seguro é o próprio Segurado.

No caso de outras Garantias Adicionais contratadas, a definição do Beneficiário do seguro está estabelecida em cada Condição Especial contratada.

24.MODIFICAÇÃO DE RISCO

Quaisquer alterações ocorridas durante a vigência do Seguro e que impliquem circunstâncias que modifiquem a natureza dos riscos cobertos, deverão ser comunicadas por escrito à Seguradora de forma a permitir que sejam feitos os devidos ajustes no Seguro, isto é, alteração do valor do capital segurado, prêmio ou exclusão do Segurado.

25. ESTIPULANTE

O presente seguro será administrado pelo Estipulante em favor de terceiros que por força de disposições contratuais, transferem a ele a responsabilidade de contratar o seguro.

Obrigações do Estipulante

Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades do estipulante:

- a) Fornecer à Akad todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais e demais dados necessários para a inclusão mensal de Segurados e consequente emissão de faturas, se couber;
- b) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais do Segurado e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente
- c) Fornece ao Segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;
- d) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- e) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
- f) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referente ao seguro;
- g) Comunicar de imediato à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- h) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a regulação de sinistros;
- i) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- j) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
- k) Cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

Obrigações da Seguradora

Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades da Seguradora:

- a) Pagar os sinistros a que fizer jus o segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na Seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que esta julgar necessários para complementação do processo, voltando, a partir do dia útil subsequente a sua entrega a contagem do prazo para regulação do sinistro;
- b) Informar por escrito ao Segurado, a ocorrência do não pagamento da fatura por parte do estipulante, se couber;
- c) Emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo estipulante, se couber;
- d) Cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

Remuneração do Estipulante

Na hipótese de remuneração ao Estipulante é obrigatório constar no certificado individual e da proposta de adesão, o

seu percentual e valor, devendo o segurado ser também informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

26. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS

O Segurado (Proponente) se obriga a declarar na Proposta de Adesão a existência de quaisquer outros Seguros de Acidentes Pessoais, em vigor na data de assinatura da Proposta de adesão.

27. MODIFICAÇÃO DA APÓLICE

Qualquer modificação na apólice, que implique em ônus, dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá de anuência expressa dos Segurados que representem $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, exceto aquelas que sejam feitas por força de determinação legal ou impostas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, ou ainda nos seguros contratados com custeio não contributários.

29. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas do Seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

30. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

31. TRIBUTOS

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

32. 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.

33. CONDIÇÕES OPERACIONAIS - Contratos não contributário

A Seguradora fará o acompanhamento das operações neste seguro, realizando uma revisão periódica (mensal) dos prêmios corrigindo-o pela aplicação de fator que conduza ao prêmio que a seguradora estima para o risco. Assim, representando o compromisso da Seguradora pelo prêmio cobrado e o compromisso do Estipulante por “S”, para que a operação se mantenha em equilíbrio será necessário que se verifique a condição:

$$\text{Condição} = \%SIN \leq S/P$$

No caso de a condição não atender a especificação, a Seguradora aplicará o reajuste nos prêmios no mês imediatamente posterior a avaliação, sendo:

$\%SIN$ = estabelecido entre Seguradora e Estipulante, conforme condições contratuais

$$S/P = \sum \frac{\text{SINISTROS PAGOS} + \text{SINISTROS PENDENTES} + \text{SINISTROS IBNR}}{P}$$

Nota: A periodicidade da soma corresponde ao tempo decorrido dos últimos 12 meses, se houver.

Reajuste = (1+ S/P) x Prêmio do mês anterior

O resultado do critério acima se aplicará a todos os riscos vigentes, bem como, para novas contratações ou renovações que vierem a ocorrer após o reajuste.

34. CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA BÁSICA

MORTE ACIDENTAL

DEFINIÇÕES

Desde que contratada e mediante pagamento do prêmio, é a garantia do pagamento de uma Indenização ao(s) Beneficiário(s), caso o Segurado venha a falecer, em decorrência direta de um acidente pessoal coberto e ocorrido durante o período de vigência deste Seguro, respeitados os Riscos Excluídos, o período de Carência, bem como as disposições constantes das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Contrato, previamente convencionadas.

Para os Segurados com idade inferior a 14 (quatorze) anos, está garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, limitado ao capital segurado previsto para o Segurado devidamente incluído na Apólice, as quais devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas e, podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

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

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, recondução ou de adesão ao seguro.**

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não foram modificadas por esta Condição Especial

GARANTIAS ADICIONAIS

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

DEFINIÇÕES

Mediante a inclusão na apólice desta Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga a pagar uma indenização ao Segurado ou ao seu Representante Legal, limitada ao capital segurado estipulado na apólice para esta Cobertura Adicional, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, Total, de um membro ou órgão por lesão física, causada por um Acidente Pessoal coberto.

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 uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO 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, desempassador, 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, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

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

Para efeito de indenização, 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 à indenização 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.

O capital segurado garantido por esta Cláusula se equivale ao percentual estabelecido na apólice do capital segurado da Cobertura Básica.

Se, depois de pagar indenização por 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 valor do capital segurado por morte por acidente.

Esta Cobertura Adicional só poderá ser concedida para a totalidade do grupo segurado, e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica.

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, recondução ou de adesão ao seguro.**

FRANQUIA

Se estabelecido, será observado o prazo de Franquia, previsto nas Condições Particulares emitidas para a Apólice.

CANCELAMENTO DA COBERTURA

O seguro será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não modificadas por esta Condição.

DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES POR ACIDENTES – 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 na apólice 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 na apólice.

AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE

Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga, no caso de morte do Segurado, devidamente indenizada pela cobertura básica da apólice, a reembolsar o beneficiário do seguro, até o limite do capital segurado contratado para a presente cobertura, pelas despesas realizadas com o funeral do Segurado falecido.

Esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas realizadas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, observando:

- a) inclui-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado; e
- b) não estão garantidas por esta cláusula as despesas efetivadas com a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

Esta Garantia Adicional só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado e, em nenhuma hipótese, isolada da Garantia Básica.

Se contratada, esta cobertura garante o pagamento de um valor correspondente ao capital segurado, a título de auxílio funeral, em caso de morte causada exclusivamente por acidente do segurado, desde que decorrente de evento coberto, ocorrido durante a vigência individual.

No caso de morte do segurado, não havendo indicação expressa de beneficiário(s), a indenização será paga ao cônjuge sobrevivente, ou, na sua falta, a seus(suas) filhos(as). Aplicar-se-á na falta de ambos (cônjuge e filhos), a ordem estabelecida no artigo 1.829 do Código Civil Brasileiro.

O valor pago relativo a esta cobertura não será descontado do capital segurado da cobertura básica.

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não foram modificadas por esta Condição Especial.

35. 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 942 2746 – 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.