

CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL AKAD
SUSEP: 15414.672552/2025-96

Sumário

1. OBJETIVO DO SEGURO	3
2. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	3
3. GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS.....	3
4. GARANTIAS DO SEGURO	6
5. EXCLUSÕES GERAIS	6
6. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS	7
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	7
8. CARÊNCIAS.....	7
9. CONTRATAÇÃO	7
10. INFORMAÇÕES SOBRE RISCO E DECLARAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO CONTRATO	8
11. AGRAVAMENTO, EXTINÇÃO E REDUÇÃO DE RISCO.....	9
12. CAPITAL SEGURADO.....	10
13. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO / CAPITAL SEGURADO	12
14. BENEFICIÁRIOS.....	20
15. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	20
16. PRESCRIÇÃO	21
17. TRIBUTOS.....	21
18. FORO.....	21
CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL	21
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL - MA	21
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA	22
COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE- DITA	24
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL INDIVIDUAL OU FAMILIAR POR ACIDENTE	26
DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES POR ACIDENTE – DMHA.....	28
PERDA DE RENDA – DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – PR/DI.....	29
PERDA DE RENDA – INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA – PR/IFTT	30
CENTRAL DE RELACIONAMENTO	31

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.

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

Este Contrato de Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de Indenização ou Capital Segurado especificado na Apólice, 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 contrato será regido e interpretado de acordo com as leis da República Federativa do Brasil.

As condições particulares do seguro prevalecem sobre as especiais, e estas, sobre as gerais.

É absoluta a competência da justiça brasileira para a composição de litígios relativos a esse contrato de seguro.

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 voluntário, ou sua tentativa, nos dois primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados do início de vigência individual do seguro ou da solicitação de aumento do Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado, 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.

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

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.

Comoriência - É a morte simultânea ou praticamente simultânea de duas ou mais pessoas, do segurado e beneficiário(s), em circunstâncias que não permitem determinar quem faleceu primeiro.

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 e dos Beneficiários.

Cotação - Solicitações de informações acerca de coberturas e os preços praticados pela Seguradora. Não se confunde com a Proposta de seguro, não criando qualquer obrigação perante a Seguradora.

Culpa - Conduta voluntária, não dolosa, caracterizada por imprudência, negligência ou imperícia, que resulta em dano a outrem ou contribui para sua ocorrência, sem a intenção de produzi-lo, em desacordo com o dever de cuidado exigido nas circunstâncias.

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.

Despesas de Contratação: São despesas e custos efetivamente incorridos pela Seguradora durante o processo de formação e administração do contrato de seguro, tais como, mas não limitados a: custos operacionais e administrativos; despesas com análise de risco e subscrição; emissão de apólice; comissões e remunerações pagas aos Intermediários; despesas com comunicação e atendimento ao cliente; despesas com os serviços de regulação e liquidação do sinistro.

Doenças e Lesões Pré-Existentes e suas Consequências – É toda condição de saúde, doença ou lesão, inclusive congênita, que o Segurado saiba ser portador ou sofredor anteriormente à época da contratação do Seguro e não declarada na Contratação. Isso inclui doenças crônicas, lesões ou condições que precisam de tratamento contínuo.

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 – Comunicação formal efetuada pelo Segurado ou Beneficiário, por meio dos canais oficiais disponibilizados pela Seguradora, para informar a ocorrência de evento potencialmente coberto pela apólice. Deve ser acompanhada de todos os documentos e informações exigidos para a análise técnica da cobertura e apuração do direito à indenização.

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.

Interesse Legítimo - Vínculo econômico, patrimonial, jurídico ou afetivo que justifique a contratação do seguro. A ausência ou impossibilidade de existência de interesse legítimo torna o contrato ineficaz ou nulo.

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.

Proponente - Interessado em contratar a cobertura (ou coberturas.) para si ou em nome de terceiro sobre o qual detenha interesse legítimo, nos termos da lei.

"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.

Questionário de avaliação de risco - Documento que faz parte integrante da Proposta, elaborado pela Seguradora com informações necessárias à aceitação do seguro e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, por meio do qual o Proponente deve prestar informações claras, completas e verdadeiras sobre o interesse e o risco a serem garantidos.

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.

Riscos Tecnicamente Impossíveis: Considera-se riscos tecnicamente impossíveis de garantia: (i) riscos novos que impliquem em um aumento ou redução do valor segurável igual ou superior a 20% (vinte por cento) da indenização ou do Capital Segurado já contratado, (ii) riscos novos que não são da mesma natureza do interesse segurável deste seguro e/ou são de ramos não operados pela seguradora ou, ainda que operados, não habitualmente negociados pela seguradora, (iii) riscos novos para os quais a seguradora não esteja apta a obter, em condições técnicas e comerciais satisfatórias, resseguro e/ou cosseguro e (iv) riscos novos cujo impacto atuarial altere substancialmente as reservas matemáticas da seguradora. Também se considera riscos tecnicamente impossíveis a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

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 – A perda coberta, que tenha ocorrido antes do termo final da vigência do contrato 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 na Apólice.

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) Auxílio Funeral Individual por Acidente – AFIA;
- e) Auxílio Funeral Familiar por Acidente – AFFA;
- f) Despesas Médico-Hospitalares por Acidente - DMHA;
- 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 na Apólice.

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, salvo quando o Sinistro for dolosamente provocado pelo Beneficiário e existirem outros Beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos. 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 contratação do seguro, omitidos voluntariamente pelo Segurado na contratação. Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresse acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas na contratação, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura. Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelo Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido. Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura;
- e) Ato reconhecido comumente como perigoso, inclusive atos ilícitos ou contrários à lei, ressalvado quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho ou for por ato de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado, prestação de serviço militar e prática de esporte; 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 voluntário do Segurado, ou suas tentativas, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da Vigência, contados do início de vigência individual do seguro ou do aumento de capital segurado, feito exclusivamente pelo Segurado. Nessa hipótese, a exclusão somente se refere a esse aumento aplica-se à diferença do Capital Segurado aumentado.

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 ou sua tentativa, em que deverá ser observado o período de carência de 2 (dois) anos ininterruptos, contados da contratação ou da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado, neste caso, aplicável à diferença do Capital Segurado aumentado.

Quando prevista no contrato, o período de carência será contado a partir do início de vigência da Cobertura 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 da Apólice e será contado a partir do início de vigência.

9.CONTRATAÇÃO

Para contratação do Seguro, o Proponente ou seu representante legal, ou um Corretor de Seguros habilitado (desde que munido de instrumento de mandato), deverá preencher e assinar proposta contendo os elementos

essenciais para a análise do risco, a fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio e a informação da existência de outros seguros que cubram os mesmos interesses, garantias e riscos, além de Questionário de Avaliação dos Riscos submetido pela Seguradora.

A proposta feita pelo potencial segurado não exige forma escrita. O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à proposta, mas as informações prestadas pelas partes e por terceiros intervenientes integram o contrato que vier a ser celebrado.

Antes da submissão da proposta serão disponibilizadas as condições contratuais ao proponente, seja por vias físicas, digitais ou instruções de acesso à rede, devendo o proponente assinar uma declaração, que poderá constar da própria proposta de contratação, de que tomou ciência das condições contratuais.

A seguradora terá o prazo de 25 dias contados do recebimento da proposta para cientificar o proponente sobre o aceite ou recusa da proposta. Ao final desse prazo, caso a seguradora não tenha manifestado sua recusa, a proposta será considerada aceita.

A seguradora não receberá Prêmio, parcial ou integral, antes da formalização do eventual aceite da Proposta, ressalvada a hipótese de contratação de cobertura provisória.

A seguradora poderá solicitar esclarecimentos ou produção de exames periciais durante a análise da Proposta. Nessa hipótese, o prazo para aceitação ou recusa do risco reiniciará a partir da data do atendimento da solicitação ou da conclusão do exame pericial.

Na hipótese de recusa do risco, a seguradora comunicará sua justificativa ao proponente.

10. INFORMAÇÕES SOBRE RISCO E DECLARAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO CONTRATO

O contrato será nulo quando o Segurado ou a Seguradora souberem, no momento da contratação, que o risco é impossível ou já se realizou.

A parte que tiver conhecimento da impossibilidade ou da prévia realização do risco e seguir com a apresentação de Proposta ou sua aceitação, pagará à outra o dobro do valor do Prêmio.

O contrato de seguro só é válido se houver Interesse Legítimo do Proponente, Segurado ou Beneficiário. Se o interesse surgir depois da contratação, o contrato passa a ser eficaz a partir desse momento, sem qualquer retroatividade. Se o interesse for parcial, a eficácia será proporcional. Se não houver interesse possível, o contrato de seguro será nulo.

Na hipótese de extinção do interesse legítimo que fundamenta o Seguro, o contrato será considerado resolvido, sendo devida ao Segurado a devolução proporcional do Prêmio pago, calculada em função do período de cobertura não usufruído, bem como o reembolso das Despesas de Contratação. Essa devolução será efetuada no prazo de até [indicar prazo] dias contados da formalização da extinção do interesse legítimo.

Na hipótese de redução relevante do interesse legítimo que fundamenta o Seguro, o valor do prêmio será proporcionalmente reduzido, ressalvado, na mesma proporção, o direito da Seguradora às Despesas de Contratação.

Quando o contrato de seguro for nulo ou ineficaz, o segurado terá direito à devolução do prêmio, deduzidas as Despesas de Contratação incorridas pela Seguradora, salvo se provado que o vício decorreu de sua má-fé.

Na hipótese de desaparecimento do risco coberto, o Seguro será cancelado, com devolução do prêmio referente ao período ou parcela do risco não decorrido, descontadas as Despesas de Contratação incorridas pela Seguradora.

Presume-se que o seguro contratado é por conta própria do Proponente, salvo quando, em razão das circunstâncias expressamente informadas na contratação, a Seguradora tiver ciência de que o seguro é estipulado em favor de terceiro. Salvo disposição expressa e clara em contrário constante na Apólice, o presente contrato de seguro não será celebrado em favor de terceiro, de modo que o interesse segurado deverá ser próprio do Proponente.

Quando o seguro for feito sobre a vida ou integridade física de outra pessoa que não seja o pretendo Segurado, sob pena de nulidade do seguro, o Proponente ou Responsável Financeiro deve informar o motivo legítimo do seu interesse na

preservação da vida do pretense Segurado. Esse interesse é presumido se o Proponente ou Responsável Financeiro for cônjuge, companheiro, ascendente ou descendente do pretense Segurado.

O Proponente é obrigado a declarar, no momento da contratação, qualquer interesse alheio que lhes seja conhecido e que possa ser objeto do seguro, sob pena de nulidade ou resolução do contrato, conforme disposto na legislação aplicável.

Caso haja concorrência de interesses garantidos neste contrato de seguro, prevalecerá a garantia referente ao interesse do Proponente por conta própria. Na hipótese de ocorrer cobertura que ultrapasse o valor do interesse próprio, essa diferença não será objeto de cobertura.

Deverão ser declarados todos os elementos de que o Proponente tenha conhecimento sobre o interesse e o risco a serem garantidos, necessários à aceitação da proposta e fixação do Prêmio, conforme as regras ordinárias de conhecimento e boa-fé. Essas declarações configurar-se-ão para fins de agravamento do risco como se tivessem sido questionadas pela Seguradora.

A omissão ou falsidade dolosa nas informações implicará na perda do direito do Segurado e Beneficiário à Cobertura do seguro, sem prejuízo da cobrança do Prêmio e do ressarcimento das Despesas de Contratação incorridas pela Seguradora. A omissão ou erro culposo acarretará a redução proporcional da Cobertura, conforme a diferença entre o Prêmio pago e o que seria devido com base nas informações corretas.

Se as informações omitidas tornarem tecnicamente impossível a Cobertura ou se o Risco não for normalmente aceito pela Seguradora, o seguro será cancelado, mantendo-se a obrigação do Segurado em ressarcir as Despesas de Contratação realizadas pela Seguradora.

Quando o seguro, por sua natureza ou por expressa disposição, for do tipo que exige informações contínuas ou averbações de globalidade de riscos e interesses, a omissão do segurado, desde que comprovada, implicará a perda da garantia, sem prejuízo da dívida do prêmio, ainda que a omissão seja detectada após a ocorrência do sinistro.

O segurado poderá afastar a aplicação da sanção de perda da garantia consignando a diferença de prêmio e provando a casualidade da omissão e sua boa-fé.

11. AGRAVAMENTO, EXTINÇÃO E REDUÇÃO DE RISCO

Sob pena de perder a garantia, o segurado não deve agravar intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro.

Considera-se relevante o agravamento que resulte em aumento significativo e continuado da probabilidade de ocorrência do risco descrito no questionário de avaliação de risco, ou da severidade de seus efeitos.

Fica desde já excluída, para todos os fins de direito, a anuência tácita da seguradora quanto ao agravamento de risco comunicado pelo Segurado, sendo necessário, em qualquer hipótese, o consentimento expresso e por escrito da seguradora para que se configure sua anuência.

Na hipótese de ocorrência de agravamento do risco objeto deste contrato, o segurado obriga-se a comunicar, de forma expressa e imediata, tal circunstância à seguradora.

Ciente do agravamento, a Seguradora poderá resolver este contrato de seguro, se não for tecnicamente possível garantir o novo risco, com tal resolução produzindo efeitos após 30 (trinta) dias do recebimento da notificação pelo Segurado.

Considera-se riscos tecnicamente impossíveis de garantia: (i) riscos novos que impliquem em um aumento ou redução do valor segurável igual ou superior a 20% (vinte por cento) da indenização ou do Capital Segurado já contratado, (ii) riscos novos que não são da mesma natureza do interesse segurável deste seguro e/ou são de ramos não operados pela seguradora ou, ainda que operados, não habitualmente negociados pela seguradora, (iii) riscos novos para os quais a seguradora não esteja apta a obter, em condições técnicas e comerciais satisfatórias, resseguro e/ou cosseguro e (iv) riscos novos cujo impacto atuarial altere substancialmente as reservas matemáticas da seguradora. Também se considera riscos tecnicamente impossíveis a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

A Seguradora, desde que o faça nos 20 (vinte) dias corridos seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo segurado, poderá, por meio de comunicação formal, cobrar a diferença de prêmio em razão do agravamento do risco. O Segurado não poderá agravar, de forma intencional e relevante, o risco objeto do contrato. O descumprimento desta obrigação implicará na perda da garantia, sem prejuízo da cobrança do Prêmio e do ressarcimento das Despesas de Contratação.

Quando o descumprimento do dever comunicar o relevante agravamento de risco não for doloso, o Segurado fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder a tipo de risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, perderá a cobertura.

Caso o aumento do Prêmio proposto pela Seguradora seja superior a 10% do valor originalmente pactuado, o Segurado poderá recusar a modificação, solicitando o cancelamento do seguro, no prazo de 15 (quinze) dias contados da ciência da alteração, com efeitos a partir do momento em que o risco foi agravado.

O pagamento da indenização será recusado se comprovado o nexo causal entre o agravamento relevante do risco e o fato gerador do sinistro.

Caso ocorra uma redução relevante do risco segurado, o Segurado poderá solicitar formalmente à Seguradora a revisão do valor do prêmio, mediante apresentação das informações e documentos comprobatórios que evidenciem a alteração das circunstâncias originalmente contratadas.

Confirmada pela Seguradora a efetiva redução do risco, o valor do prêmio poderá ser readequado proporcionalmente, observado o direito de retenção pela Seguradora das Despesas de Contratação, com efeitos a partir da data em que a Seguradora tiver tomado conhecimento da solicitação e recebido a documentação completa.

Considera-se redução relevante do interesse segurado alteração substancial que impacte diretamente o risco originalmente contratado, conforme avaliação técnica da Seguradora.

Quando o seguro, por sua natureza ou por expressa disposição contratual, exigir informações contínuas ou averbações sobre os riscos segurados, o Segurado se obriga a comunicar tempestivamente à seguradora todas as alterações relevantes, sob pena de perda da garantia.

Comprovada a omissão do Segurado, haverá a perda total da garantia contratual, sem prejuízo do pagamento integral do prêmio devido.

A sanção desta cláusula será aplicada ainda que a omissão seja detectada após a ocorrência do sinistro, obrigando o Segurado à devolução dos valores eventualmente pagos pela seguradora a título de indenização.

O segurado poderá afastar a aplicação da sanção de perda da garantia consignando a diferença de prêmio e provando a casualidade da omissão e sua boa-fé.

12.CAPITAL SEGUADO

Capital Segurado é o valor máximo determinado na Apólice 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.

Na ocorrência de um ou mais sinistros, pelos quais a Seguradora seja responsável, durante a vigência desta apólice, o Limite Máximo de Garantia e o Limite Máximo de Indenização do item sinistrado ficarão reduzidos da importância correspondente ao valor da indenização pago, a partir da data em que ocorreu o sinistro.

Não haverá reintegração do Limite Máximo de Indenização da cobertura contratada. Esgotado o Limite Máximo de Indenização referente à uma cobertura, esta cobertura serão encerrada, e o contrato permanecerá vigente em relação às demais.

Este seguro, por limitações legais constantes das regras que regem os seguros e planos de saúde e nos termos da Lei nº 15.040/2024, não cobre e, nos seus termos não serão indenizadas ou reembolsadas como despesas de contenção e salvamento, quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde, ainda que tenham o objetivo de evitar um sinistro iminente ou atenuar os efeitos de um sinistro coberto. Essas despesas, que incluem, mas não se limitam, a exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico, entre outros, são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.

PAGAMENTO DO PRÊMIO, CANCELAMENTO OU RESCISÃO DO SEGURO

O pagamento do prêmio em moeda estrangeira será efetuado pelo Segurado mediante contratação e liquidação de operação de câmbio autorizada, ficando este responsável integralmente pelos eventuais custos, despesas e encargos cambiais decorrentes da conversão ou transferência de valores.

O inadimplemento da parcela única de prêmio ou da primeira parcela do prêmio implica na resolução do contrato de pleno direito.

Fracionado o Prêmio, e inadimplente o Segurado com parcela subsequente à primeira, a Seguradora notificará o Segurado ou seu representante legal, ou, mediante solicitação expressa destes, o Corretor de Seguros, para purgação da .

Recebida a notificação para regularização do(s) pagamento(s) e não purgada a mora no prazo nela indicado, haverá suspensão das coberturas da Apólice desde o vencimento da parcela original não paga.

As notificações referentes à mora e suas consequências serão realizadas por qualquer meio idôneo, incluindo, mas não se limitando a aplicações da seguradora, e-mail, aplicativos de mensagens eletrônicas e outros.

Caso o Segurado, o representante legal ou o Corretor, conforme o caso, recuse o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não seja encontrado no último endereço informado à Seguradora, o prazo para suspensão da cobertura terá início na data do envio da última notificação.

Decorridos 30 dias do termo inicial da Suspensão do Seguro, e não tendo sido purgada a mora com seus devidos acréscimos cabíveis, o contrato de seguro estará automaticamente cancelado.

Cancelado o Seguro, está a Seguradora liberada integralmente por sinistros e despesas de salvamento ocorridos a partir da data da mora.

Caso o Segurado recuse o recebimento ou não seja localizado no último endereço informado, o prazo para regularização será contado a partir da data da frustração da notificação.

A notificação que informar do inadimplemento do Prêmio conterá, dentre outras disposições, a advertência expressa sobre a possibilidade de execução judicial para cobrança dos valores em atraso, bem como o prazo para regularização do débito antes da adoção de tais medidas.

A Seguradora poderá adotar, a qualquer tempo, as medidas legais cabíveis para a cobrança dos Prêmios de seguro em atraso, sem prejuízo da aplicação de outras medidas contratuais previstas para a regularização do pagamento, suspensão ou cancelamento da cobertura.

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.

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 da Apólice de seguro a qualquer momento, desde que não tenha ocorrido sinistro passível de indenização.

b) **Pela Seguradora:** (i)

Por descumprimento de obrigações contratuais; (ii) comprovada fraude ou tentativa de fraude

,
a situação na qual 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 seguro 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 prêmio, conforme previsto nas Condições Gerais;

Na hipótese de cancelamento do seguro antes do término da vigência e sem sinistro indenizável, haverá devolução do prêmio referente ao período ou parcela do risco não decorrido, descontadas as Despesas de Contratação incorridas pela Seguradora.

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

- a) Identificação do representante;
- 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.

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;

O Segurado deixar de comunicar à Seguradora, logo que que saiba, o relevante agravamento doloso de risco coberto intencionalmente o risco,

Omitir ou prestar informações falsas à Seguradora dolosamente.

O Segurado ou o Beneficiário provocar dolosamente o sinistro, exceto quando se tratar da hipótese de suicídio, que obedecerá a disposição da alínea "j" da Cláusula 5 das EXCLUSÕES GERAIS nessas Condições Gerais. Se o sinistro tiver sido dolosamente provocado pelo Beneficiário, o capital segurado ou a reserva matemática, se houver, será devido aos herdeiros do Segurado, na forma prevista nessas Condições Gerais.

Tiver prévia ciência de prática delituosa por parte do Beneficiário em causar o sinistro.

Deixar de avisar prontamente a Seguradora, por qualquer meio idôneo ou deixar de prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela Seguradora.

Cometer fraude por ocasião da reclamação do sinistro.

Se o Segurado, seu representante legal ou o corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, o Segurado: i) Quando as declarações inexatas ou omissões ocorrerem de forma dolosa, perderá a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as Despesas de Contratação; ou ii) Quando as declarações inexatas ou omissões ocorrerem de forma culposa, terá sua garantia reduzida proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas inicialmente as informações que foram posteriormente reveladas.

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.

PROCEDIMENTOS EM CASO DE OCORRÊNCIA DE UM EVENTO COBERTO

Ao tomar conhecimento da ocorrência ou da iminência de sinistro, o Segurado e o(s) Beneficiário(s), conforme o caso, obriga-se a:

- I – adotar, de forma imediata, todas as providências razoáveis e eficazes para evitar ou minimizar os efeitos do evento danoso;**
- II – comunicar prontamente a seguradora, por qualquer meio idôneo que permita comprovação, e seguir as instruções recebidas para contenção dos danos ou salvamento dos bens segurados;**
- III – fornecer à seguradora todas os elementos e documentos de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências.**

O descumprimento doloso dos deveres previstos neste artigo implica a perda do direito à indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as Despesas de Contratação.

O descumprimento culposos de qualquer um dos deveres previstos acima implicam na perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

As providências previstas no item I deste artigo não serão exigíveis se colocarem em perigo interesses relevantes do segurado, do beneficiário ou de terceiros, ou se implicarem sacrifício acima do razoável.

Excetuando-se os eventos formalmente declarados como de calamidade pública e amplamente divulgados por canais oficiais do governo e que envolvam interesses públicos notadamente relevantes, não será presumido o conhecimento, por

parte da seguradora, acerca do evento que deu causa ao sinistro, permanecendo o dever do Segurado em comunicá-la na forma prevista nestas Condições Gerais.

As despesas efetuadas com a comprovação do evento e sua extensão e, quando for o caso os documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s), correrão por conta dos interessados, ressalvadas as que forem diretamente realizadas pela seguradora.

A liquidação do sinistro e o pagamento da indenização somente terão início após a finalização do processo de regulação com a confirmação da existência de cobertura, pela seguradora.

Se durante o processo de regulação do sinistro forem apuradas, ainda que parcialmente e de forma preliminar, quantias devidas ao Segurado a título de indenização em decorrência da apuração de existência de cobertura de sinistro, essas quantias serão pagas ao Segurado, por meio de adiantamento, no prazo de 30 dias contados da apuração pela seguradora e serão deduzidas da indenização final.

A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se expressamente sobre a existência de cobertura, sob pena de não poder mais recusá-la, prazo este contado da data de recebimento do Aviso de Sinistro totalmente preenchido, acompanhado dos documentos mínimos listados para a cobertura pleiteada, bem como eventuais documentos e informações adicionais que contenham os elementos necessários previstos para a cobertura pleiteada, todos indicados nas Condições Contratuais.

Os documentos e informações enviados devem ser adequadamente nomeados e estar legíveis/claros.

O prazo de regulação do sinistro somente terá início após a entrega de todos os elementos necessários elencados nas condições especiais das respectivas coberturas.

Para a regulação de Sinistro devem ser apresentados os documentos mínimos abaixo, e documentos e informações adicionais que contenham os elementos necessários:

I - Em caso de Morte decorrente de Acidente:

Elementos necessários:

- a) Identificação do fato ocorrido;
- b) Identificação do efeito no segurado;
- c) Relação entre o fato ocorrido e o efeito provocado no segurado.

Documentos mínimos:

1. **Cópia da Certidão de óbito do segurado(a)/sinistrado(a);**
2. **Cópia do CPF, RG e comprovante de endereço do segurado;**
3. **Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, com identificação do fato ocorrido, se for o caso;**
4. **Cópia do Inquérito Policial, com informações sobre as apurações realizadas sobre os fatos;**
5. **Cópia da CNH do segurado (se for acidente automobilístico e se o segurado for condutor);**
6. **Cópia do laudo do IML – Instituto Médico Legal (se realizado);**
7. **Cópia do resultado dos exames de alcoolemia/toxicológico (se realizado);**

Cópia do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), emitida pela empresa, quando se tratar de acidente

Além dos documentos relacionados no item I acima, apresentar:

Documentos Beneficiário:

- a) Cópia do RG/CPF de cada um dos beneficiários, juntamente com comprovante de endereço nominal;
- b) Cópia da certidão de casamento atualizada do segurado(a);
- c) Caso o segurado(a) não seja casado no civil, encaminhar declaração de união estável, bem como comprovante da união, tais como, comprovante de casamento no religioso, dependente em plano de

saúde, dependente no imposto de renda, conta corrente conjunta, união estável registrado em cartório, entre outros;

- d) Comprovante de residência atualizado de cada beneficiário
- e) Dados bancários (banco, agência e n.º da conta) de cada beneficiário.

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);

Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente:

Elementos necessários:

- a) Identificação do fato ocorrido;
- b) Identificação do efeito no segurado;
- c) Relação entre o fato ocorrido e o efeito provocado no segurado.

Documentos mínimos:

1. Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
2. Relatório médico informando o grau de Invalidez Permanente, detalhando cada membro afetado após todo o período de tratamento após o fim da fisioterapia;
3. Radiografia e resultados de exames realizados, que comprovem e fundamentem a invalidez, incluindo resultados e laudos, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis;
4. Cópia do atendimento de urgência na data do acidente, tais como, relatório dos bombeiros/SAMU e cópia do prontuário hospitalar;
5. Cópia da Cédula de Identidade e do CPF do Segurado, com número dos documentos e foto;
6. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, que descreva os elementos técnico-periciais necessários à apuração das circunstâncias do acidente, se houver;
7. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, que descreva os fatos relacionados ao evento, se for o caso;
8. Cópia do Inquérito Policial, com informações sobre as apurações realizadas sobre os fatos, se for o caso;
9. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado, a fim de comprovar sua habilitação regular para a condução;
10. Cópia do Laudo de Exame Toxicológico e cópia do Laudo de Teor Alcoólico, que permitam aferir eventual influência de substâncias psicoativas ou álcool no momento do evento, quando realizados;
11. Cópia do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), emitida pela empresa, quando se tratar de acidente de trabalho, que comprove o registro formal do evento perante os órgãos competente, quando o caso exigir.

Em caso de Diárias por Incapacidade Temporária:

Elementos necessários:

- a) Identificação do fato ocorrido;
- b) Identificação do efeito no segurado;
- c) Relação entre o fato ocorrido e o efeito provocado no segurado.

Documentos mínimos:

1. Formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
2. Certidão de nascimento e/ou cédula de identidade e CPF do Segurado, com número dos documentos e foto;
3. Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo Médico Assistente com firma reconhecida, detalhando a natureza do acidente e a data de sua caracterização, anexando os resultados de exames realizados comprobatórios do acidente realizados que comprovem a incapacidade física total temporária, original ou cópia simples.
4. Cópia do atendimento de urgência na data do acidente, tais como, relatório dos bombeiros/SAMU (se houver) e cópia do prontuário hospitalar;
5. Boletim de ocorrência policial (BO), que descreva os fatos relacionados ao evento, ou comunicação de acidente do trabalho - INSS (CAT), emitida pela empresa, quando se tratar de acidente de trabalho, que comprove o registro formal do evento perante os órgãos competente, se for o caso;
6. Laudo de exame de corpo de delito (IML), que contenha os elementos necessários à apuração das circunstâncias do acidente e comprovem e fundamentem a invalidez, se for o caso;
7. Laudo de dosagem alcoólica e toxicológica, que permitam aferir eventual influência de substâncias psicoativas ou álcool no momento do evento, se for o caso;
8. Carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado, a fim de comprovar sua habilitação regular para a condução;
9. Todos os resultados dos exames comprobatórios do acidente, relatório do Médico Assistente descrevendo o diagnóstico e a estimativa do número de dias de afastamento, que comprovem e fundamentem a incapacidade, incluindo resultados de exames (RX, ressonância magnética, entre outros) interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis;
10. Atestado de alta médica definitiva, preenchido pelo profissional que atendeu o segurado com informações técnicas.

Em caso de Assistência Funeral Individual e Familiar:

Elementos necessários:

- a) Identificação do fato ocorrido;
- b) Identificação do efeito no segurado;
- c) Relação entre o fato ocorrido e o efeito provocado no segurado.

Documentos mínimos:

1. Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
2. Cópia da certidão de óbito do segurado(a);
3. Cópia do RG/CPF do segurado (a) e/ou do sinistrado e comprovante de endereço;
4. Comprovante original das despesas ocorridas com o funeral, contendo a discriminação individual dos itens ou serviços adquiridos, para comprovar os gastos realizados.
5. Cópia do RG e CPF da pessoa que arcou com o pagamento as despesas, juntamente com comprovante de endereço nominal;
6. Dados bancários (banco, agência e n.º da conta) da pessoa que arcou com o pagamento das despesas

Em caso de Despesas Médico-Hospitalares por Acidente:

Elementos necessários:

- a) Identificação do fato ocorrido;

- b) Identificação do efeito no segurado;
- c) Relação entre o fato ocorrido e o efeito provocado no segurado.

Documentos mínimos

1. Cópia do RG/CPF do segurado(a) e comprovante de endereço;
2. Cópia do boletim de ocorrência (se realizado);
3. Cópia do comunicado de acidente de trabalho – CAT, (se realizado)
4. Cópia do prontuário hospitalar, contendo o resumo do atendimento de urgência na data do sinistro;
5. Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados, que comprovem e fundamentem a doença, incluindo resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis, e justifiquem as despesas com os procedimentos realizados;
6. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, que permitam aferir eventual influência de substâncias psicoativas ou álcool no momento do evento, se realizado;
7. Cópia do Laudo da Perícia Técnica realizado no local do acidente, que descreva os elementos técnico-periciais necessários à apuração das circunstâncias do acidente, se houver;
8. Radiografias e/ou resultados dos exames realizados, que comprovem e fundamentem a doença, incluindo resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis;
9. Notas fiscais e recibos originais das despesas médicas e hospitalares, contendo a discriminação individual dos itens ou serviços adquiridos, para comprovar os gastos realizados. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas.

Em caso de Inclusão de Cônjuge e Filhos;

- a) Certidão de Casamento atualizada; ou
- b) Provas de união estável (no mínimo três);
- c) RG (carteira de identidade);
- d) CPF (Cadastro de Pessoa Física);
- e) Comprovante de Residência;

Em caso de Perda de Renda - Desemprego Involuntário;

Elementos necessários:

- a) Identificação do fato ocorrido;
- b) Identificação do efeito no segurado;
- c) Relação entre o fato ocorrido e o efeito provocado no segurado.

Documentos mínimos:

1. Cópia do RG/CPF do segurado(a) e comprovante de endereço;
2. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho (TRCT);
3. Cópia da CTPS contendo as seguintes páginas, foto, qualificação civil, página do último registro, constando admissão e demissão;
4. Cópia do contrato de financiamento (se for o caso);
5. Cópia das páginas da CTPS que identifiquem o empregador e a admissão, para comprovar o vínculo empregatício;
6. Comprovante de residência atualizado, que permita confirmar o domicílio do Segurado à época do sinistro;
7. 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;

Elementos necessários:

- a) Identificação do fato ocorrido;
- b) Identificação do efeito no segurado;
- c) Relação entre o fato ocorrido e o efeito provocado no segurado.

Documentos mínimos:

- a) **Cópia do RG/CPF do segurado(a) e comprovante de endereço;**
- b) **Relatório médico contendo histórico clínico e detalhe do motivo do afastamento, bem como contendo início e fim do afastamento;**
- c) **Exames realizados para diagnóstico da doença ou acidente, tais como tomografia, ressonância magnética, RX entre outros exames, todos acompanhados de laudo médico;**
- d) **Cópia do prontuário hospitalar, contendo o resumo do atendimento de urgência na data do sinistro;**
- e) **Declaração de atividade exercida pelo segurado (comprovação de atividade autônoma, MEI, EI ou SLU), que comprovem a atividade exercida no momento do sinistro;**
- f) Cópia do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser: Última declaração do Imposto de Renda, ou Recibo de Pagamento Autônomo, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou; Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento, do pagamento INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou Inscrição na prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.

O processo de regulação somente seguirá para análise após o recebimento de todos os elementos mínimos indicados nas coberturas contratadas, que deverão ser submetidos pelo Segurado à seguradora, no prazo de 15 (quinze) dias.

Caso ao final do prazo indicado no item acima não tenham sido entregues todos os elementos solicitados, a indenização será negada e o procedimento de análise será encerrado, sendo possibilitado ao interessado efetuar novamente a comunicação do evento, para abertura de novo procedimento de análise junto à seguradora.

O não envio dos elementos necessários listados no prazo acima indicado ou o seu envio parcial implicam encerramento do procedimento de análise e recusa automática da cobertura.

Sempre que os elementos, documentos e informações disponibilizados para a Seguradora, pelo Segurado e/ou Beneficiário, juntamente com o aviso de sinistro não trouxerem os elementos necessários e documentos mínimos previstos nas condições contratuais para a regulação de sinistro, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares ao interessado, desde que a solicitação esteja fundamentada e devidamente justificada, e seja feita dentro do prazo estabelecido no item acima, e que lhe seja possível produzi-los, por uma única vez, se a importância segura não exceder o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente, ou por duas vezes, nas demais hipóteses.

Solicitados documentos complementares, o prazo estabelecido no item acima será suspenso, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

Caso ao final do prazo de 30 (trinta) dias não tenham sido entregues todos os elementos solicitados, a indenização será negada e o procedimento de análise será encerrado, sendo possibilitado ao interessado efetuar novamente a comunicação do evento, para abertura de novo procedimento de análise junto à Seguradora.

O não envio dos elementos necessários listados no prazo acima indicado ou o seu envio parcial implicam encerramento do procedimento de análise e recusa automática da cobertura.

A recusa de cobertura deve ser expressa e motivada, e acompanhada dos documentos que fundamentem a decisão da seguradora, salvo os confidenciais ou sigilosos por lei ou que possam causar danos a terceiros.

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.

Quando constituída, o resultado da Junta Médica documentado será tratado como documento complementar necessário para a regulação do sinistro.

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.

Reconhecida a cobertura, a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização, a contar da data em que a Seguradora se manifestou sobre a existência de Cobertura.

O processo de liquidação do sinistro somente se iniciará após a identificação da existência efetiva de cobertura e da sua extensão material.

Para a liquidação de Sinistro, devem ser apresentados os documentos mínimos abaixo, e documentos e informações adicionais que contenham os elementos necessários:

Elementos necessários:

(a) Identificação dos dados cadastrais e bancários do Segurado e/ou Beneficiário.

Documentos mínimos:

- a) Cópia do RG e/ou CPF do Segurado e/ou Beneficiário;
- b) Cópia do comprovante de endereço do Segurado e/ou Beneficiário;
- c) Cópia da procuração assinada indicando os poderes do representante do Segurado e/ou Beneficiário;
- d) Dados bancários (banco, agência e conta) vinculados ao CPF do Segurado e/ou Beneficiário.

Sempre que os elementos, documentos e informações disponibilizados para a Seguradora, pelo Segurado e/ou Beneficiário, não trouxerem os elementos necessários e documentos mínimos previstos nas condições contratuais para a liquidação de sinistro, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares ao interessado, desde que a solicitação esteja fundamentada e devidamente justificada, e seja feita dentro do prazo estabelecido, e que lhe seja possível produzi-los, por uma única vez.

Solicitados documentos complementares, o prazo estabelecido será suspenso, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

O valor devido apurado deve ser apresentado de forma fundamentada ao interessado.

Em caso de mora da Seguradora no pagamento da indenização ou realização de reembolsos, quando cabível, o montante devido estará sujeito à multa de 2%, corrigido monetariamente, sem prejuízo dos juros 1% e da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que a indenização deveria ter sido paga.

Caso ao final do prazo indicado não tenham sido entregues todos os elementos necessários e documentos básicos solicitados, a Indenização será negada e o procedimento de análise será encerrado, sendo possibilitado ao interessado, uma única vez, realizar pedido de reconsideração.

Nas hipóteses de recusa de cobertura, o interessado tem o direito de realizar, uma única vez, pedido de reconsideração para nova análise pela Seguradora, apresentando novos elementos, contidos em documentos ou informações.

A Seguradora poderá manter sua decisão ou reconsiderá-la, na conclusão e/ou nos fundamentos.

Na hipótese de pedido de reconsideração, aplicam-se os prazos e procedimentos previstos para a regulação do sinistro, inclusive no que se refere a suspensões de prazo, sendo que o prazo para regulação e liquidação será reiniciado e que o silêncio da Seguradora implicará a manutenção da decisão objeto do pedido de reconsideração.

Durante o período de reanálise pela Seguradora motivado pelo pedido de reconsideração pelo interessado, não incidirão juros e correção monetária.

O prazo prescricional relativo ao recebimento da indenização será suspenso quando a Seguradora receber o pedido de reconsideração, cessando a suspensão no dia em que o interessado for comunicado pela Seguradora de sua decisão final ou terminado o prazo previsto para a regulação do sinistro sem manifestação da Seguradora.

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, suspendendo-se os prazos para regulação e liquidação de sinistros a partir do pedido de perícia até a realização dela e voltando a correr a partir da realização da perícia.

14. BENEFICIÁRIOS

Para as coberturas de Morte Acidental, o Segurado deverá indicar na proposta a(s) pessoa(s) perfeitamente identificável(is), a favor da(s) qual(is) será pago o Capital Segurado, na eventualidade da ocorrência de Evento Coberto.

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.

Cabe ao Segurado, por manifestação expressa de vontade, a qualquer tempo, antes da ocorrência do sinistro, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s).

Será considerada, em caso de Sinistro, a última indicação e/ou alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado e recebida pela seguradora antes do sinistro. Caso a seguradora não seja cientificada oportunamente da indicação e/ou alteração, exonerar-se-á pagando a Indenização na forma anterior.

Na falta de indicação de Beneficiário, ou na perda desta condição por parte do(s) Beneficiário(s) indicado(s) por qualquer motivo, aplicar-se-á, para efeito do pagamento da Indenização, o que estabelece a lei vigente.

Considera-se ineficaz a indicação quando o beneficiário falecer antes da ocorrência do sinistro e em caso de Comoriência.

Caso o Segurado seja separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

Se não houver beneficiários indicados ou legais, o valor será pago àqueles que provarem que a morte do segurado os privou de meios de subsistência

Não prevalecerá a indicação de beneficiário nas hipóteses de revogação da doação por ingratidão, conforme previsto na legislação civil.

A substituição do Beneficiário não poderá ser efetuada se o Seguro tiver como Interesse Legítimo declarado a garantia de alguma obrigação, enquanto essa obrigação existir, ou sem que seja declarado novo Interesse Legítimo referente ao beneficiário que se pretende indicar.

15.VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

A vigência da cobertura individual iniciará na data de emissão da Apólice, desde que o prêmio tenha sido quitado, e terá duração determinada, conforme prazo indicado na Apólice.

Este Seguro não será, em nenhuma hipótese, renovado automaticamente, sendo que a renovação demandará manifestação expressa do Segurado e da Seguradora.

O pagamento do prêmio ou a autorização de débito pelo Segurado caracterizam manifestação inequívoca de vontade para a renovação do seguro, desde que precedidos de notificação pela Seguradora a respeito da possibilidade de renovação, não configurando renovação automática da apólice.

16. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

17. TRIBUTOS

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

18. 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, salvo se eles ajuizarem a ação optando por qualquer domicílio da seguradora ou de agente dela.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

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, ou da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado, neste caso, aplicável à diferença do Capital Segurado aumentado..**

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 SEGUADO 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 constituída, o resultado da Junta Médica documentado será tratado como documento complementar necessário para a regulação do sinistro.

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, ou da solicitação de**

aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado, neste caso, aplicável à diferença do Capital Segurado aumentado.

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 às 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. A aplicabilidade de prazo carência às coberturas contratadas será definida na Apólice, conforme a cobertura escolhida e as condições contratuais.

O Prazo de Carência é aquele durante o qual a Seguradora não será responsável pelo pagamento da Indenização da respectiva cobertura e pela ocorrência do sinistro.

O Prazo de Carência não será aplicável na renovação ou substituição do Seguro, ainda que com outra Seguradora. Para os fins deste Seguro, a caracterização da substituição somente ocorrerá no caso de a substituição ter sido informada pelo proponente na contratação deste Seguro.

A Carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as coberturas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência.

Ocorrendo o sinistro durante Prazo de Carência, na hipótese de cancelamento do Seguro, a Seguradora restituirá ao Segurado ou ao Beneficiário o valor do Prêmio pago ou a reserva matemática proporcional à cobertura cancelada, quando houver. Na hipótese de manutenção integral do contrato, não haverá devolução de Prêmio ou reserva matemática.

Durante o Prazo de Carência estão excluídos da garantia os sinistros cuja causa exclusiva ou principal corresponda a estados patológicos preexistentes e não informados na contratação.

O beneficiário não terá direito ao recebimento do capital segurado quando o suicídio voluntário do segurado ocorrer antes de completados 2 (dois) anos de vigência do seguro de vida. O suicídio em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência legal. Ocorrendo o suicídio no prazo de carência, é assegurado o direito à devolução do montante da reserva matemática formada. Na hipótese de aumento do Capital Segurado, o Seguro estará sujeito a novo Prazo de Carência, contado a partir da data do início de vigência do aumento, exclusivamente aplicável ao aumento solicitado.

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.

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.

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, conforme lista de elementos necessários e documentos mínimos relacionada para a cobertura, 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 a 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.

O Seguro será considerado cumulativo quando a distribuição da garantia segurada seja feita entre várias Seguradoras pelo Segurado, por meio de contratações independentes, sem limitação a uma cota de garantia específica.

Na ocorrência de sinistro contemplado por seguros cumulativos, 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.

O Segurado obriga-se a comunicar a cada uma das Seguradoras envolvidas a existência dos demais contratos relacionados ao mesmo interesse segurado.

Caso o Segurado omita intencionalmente essa comunicação, ou contrate múltiplos seguros com a finalidade de obter vantagem ilícita, perderá todo e qualquer direito à Indenização relacionada a este contrato.

Caso a soma das importâncias seguradas pelos contratos cumulativos ultrapasse o valor do interesse segurado, será realizada a redução proporcional da importância segurada de cada contrato, desde que haja coincidência de garantia entre os seguros acumulados.

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

DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES POR ACIDENTE – DMHA

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.

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

CARÊNCIA e FRANQUIA

Não há carência para esta cobertura. A aplicabilidade de prazo de franquia às coberturas contratadas será definida na Apólice, conforme a cobertura escolhida e as condições contratuais.

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 na Apólice, 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 ou da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado, neste caso, aplicável à diferença do Capital Segurado aumentado.

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.

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 na Apólice, 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.

CARÊNCIA

Aplica-se carência de até 180 (cento e oitenta) dias a partir da data de início de vigência da cobertura individual ou da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado, neste caso, aplicável à diferença do Capital Segurado aumentado.

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 SEGURO:

Seguradora: AKAD Seguros S.A.

Produto: Seguro de Acidentes Pessoais Individual Akad

Coberturas: Conforme especificado na Apólice ou condições contratuais

Capital Segurado: Conforme especificado na Apólice ou condições contratuais

Vigência: Conforme estipulado na Apólice

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