
TOKIO MARINE

SIMPLES VIDA – ACIDENTES PESSOAIS

**FACILIDADE
PARA CONTRATAR
E TRANQUILIDADE PARA VOCÊ
E SEUS FUNCIONÁRIOS.**



**TOKIO MARINE
SEGURADORA**

APRESENTAÇÃO

- Apresentamos as Condições Gerais do seu Seguro **Simples Vida - Acidentes Pessoais Capital Global**, que estabelecem as formas de funcionamento das coberturas contratadas.
- Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, discriminadas e contratadas, desprezando-se quaisquer outras.
- Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- Mediante a contratação deste seguro, o Segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.
- O Segurado, ao assinar a proposta de seguro, declara o recebimento das presentes Condições Gerais.
- Leia-se cuidadosamente, principalmente os textos em destaques contidos nas Condições Gerais, para que você possa, assim, usufruir com segurança os benefícios deste seguro.
- As coberturas contratadas pelo segurado estarão especificadas na apólice/demonstrativo de coberturas.

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.
- 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 site eletrônico www.susep.gov.br.

Condições Gerais – Versão Dezembro/2025.

Seguro De Acidentes Pessoais De Capital Global - Processo SUSEP nº 15414.901620/2019-91

Este Seguro é garantido pela Tokio Marine Seguradora S.A. – CNPJ 33.164.021/0001-00.

OUVIDORIA

A Voz do Cliente na Empresa

A Voz do Cliente na Empresa A Tokio Marine possui na Ouvidoria uma equipe especializada para avaliar com total imparcialidade a sua demanda e possui um prazo de resposta de até 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da sua manifestação, atuando em conformidade com a regulamentação da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

Você e seu corretor podem acionar a Ouvidoria sempre que discordarem de algum posicionamento fornecido pelos canais habituais da Cia. Entretanto, orientamos que previamente ao acionamento da Ouvidoria o cliente acione o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), por meio do formulário eletrônico [Resolva Aqui](#) ou nos telefones abaixo.

Fale com a Ouvidoria nos seguintes canais: www.tokiomarine.com.br através do formulário de Ouvidoria ou; Através do 0800 449 0000, de 2ª a 6ª das 8h às 18h; Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523.

A Ouvidoria da Tokio Marine também está disponível na plataforma Consumidor.Gov (www.consumidor.gov.br). O atendimento por meio deste canal e prazos seguirão conforme os termos de uso do mesmo.

Canais de Atendimento Tokio Marine:

Resolva Aqui - disponível em www.tokiomarine.com.br/atendimento , para registrar sua reclamação.

SAC 0800 703 9000

Central de Atendimento 0800 31 TOKIO (86546)

Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523

Disque Fraude 0800 707 6060

Cordialmente,

Ouvidoria Tokio Marine Seguradora

SUMÁRIO

1.	OBJETIVO DO SEGURO	5
2.	CONCEITO DAS COBERTURAS	6
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	12
4.	CARÊNCIA	13
5.	ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS	13
6.	DA VIGÊNCIA DO SEGURO	13
7.	DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS	14
8.	DA ACEITAÇÃO DO ESTIPULANTE	14
9.	DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS	16
10.	DA INCLUSÃO DE CONJUGES	17
11.	DA INCLUSÃO DE FILHOS	18
12.	BENEFICIÁRIOS	18
13.	CAPITAIS SEGURADOS	19
14.	CUSTEIO DO SEGURO	21
15.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	21
16.	ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS	24
17.	COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO DE SINISTROS	24
18.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	26
19.	CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO	37
20.	CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL	37
21.	CANCELAMENTO DO SEGURO	38
22.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	38
23.	OBRIGAÇÃO DO ESTIPULANTE	40
24.	ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA	40
25.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	41
26.	DISPOSIÇÕES GERAIS	41
27.	PRESCRIÇÃO	41
28.	DO FORO	41
29.	CONCEITOS	41

**CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS DE CAPITAL GLOBAL
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A**

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1 O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância segurada, limitada ao valor do Capital Segurado Individual, de acordo com a(s) cobertura(s) contratada(s), indicada(s) na Proposta de Contratação, ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

1.1.1 Pelo contrato de seguro, a seguradora obriga-se, mediante o pagamento do prêmio equivalente, a garantir interesse legítimo do segurado ou do beneficiário contra riscos predeterminados.

1.1.2 Este contrato de seguro é regido pela Lei nº 15.040, de 9 de dezembro de 2024 e, no que couber, pela Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro), sem prejuízo da aplicação supletiva de Resoluções, Circulares e Instruções Normativas emitidas pelos órgãos reguladores, desde que, em acordo com a Lei nº 15.040/2024.

1.1.3 Qualquer alteração no contrato de seguro será efetuada mediante emissão de endosso pela Seguradora.

1.2 As coberturas deste Seguro dividem-se em Básica e Adicionais:

1.2.1 Coberturas Básicas:

- MA – Morte Acidental

1.2.2 Coberturas Adicionais:

- IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- DMHO – Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas

- DEIA – Despesas Extraordinárias por Invalidez por Acidente

- VR – Verbas Rescisórias

- AA – Auxílio Alimentação

- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – MA

- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IPA

- IAF – Inclusão Automática de Filhos – MA

1.3 O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Proposta de Contratação”, quais coberturas e cláusulas pretendem contratar, sendo a básica obrigatória e as demais facultativas.

1.4 Para menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado Principal ou dependente.

2. CONCEITO DAS COBERTURAS

2.1. BÁSICA

2.1.1. MA – Morte Acidental

Desde que contratada, garante aos beneficiários o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura em caso de morte do Segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo Seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.1.1.1 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura, as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

2.1.2. IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de indenização até o limite do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de perda ou impotência funcional definitiva, TOTAL, de membros ou órgãos, nas hipóteses e graus estabelecidos na **Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 2.1.2.12.)**, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico realizado de forma presencial e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.1.2.1. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea à essa finalidade. A SEGURADORA reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, **caso o Segurado a tanto se negue.**

2.1.2.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

2.1.2.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na Tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução funcional e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento) para “Máximo”, 50% (cinquenta por cento) para médio, e 25% (vinte e cinco por cento) para mínimo.

2.1.2.4. Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

2.1.2.5. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado nesta Cobertura.

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

2.1.2.7. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

2.1.2.8. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por acidente.

2.1.2.9 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura, as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

2.1.2.10 As indenizações previstas para as coberturas: Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de pagar uma indenização por Invalidez Permanente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela Cobertura de Morte Acidental será deduzido o valor já pago por Invalidez Permanente por Acidente.

2.1.2.11. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

2.1.2.12 Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental e incurável	100



PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Perda Funcional do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Perda Funcional de um dos úmeros	50
	Perda Funcional de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	



PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Perda Funcional de um fêmur	50
	Perda Funcional de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Perda Funcional da rótula	20
	Perda Funcional de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
	Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	

2.1.3 DEIA – Despesas Extraordinárias por Invalidez por Acidente

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, **ou** prestação de serviços, **ou** reembolso de despesas para adaptação de itens à escolha do Segurado, limitado ao capital segurado contratado, **com o objetivo de promover melhor mobilidade e autonomia após a ocorrência de invalidez permanente caracterizada na vigência do Seguro.** A cobertura será devida em caso de acidente pessoal coberto, caracterizada pela perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, mediante comprovação por laudo médico realizado de forma presencial e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas destas Condições e do Contrato.**

2.1.3.1. Nas localidades onde não esteja disponível rede credenciada para prestação de serviços, o Segurado poderá optar por indenização ou reembolso de despesas, **limitado ao valor do Capital Segurado.**

2.1.3.2. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A SEGURADORA reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado a tanto se negue.

2.1.3.3. O pagamento da indenização, ou reembolso de despesas, ou prestação de serviços será estabelecido com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

2.1.3.4. A reintegração do Capital Segurado para auxílio invalidez permanente por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

2.1.3.5 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura, as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

2.1.4. DMHO – Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas

Desde que contratada, garante ao próprio segurado, até o valor do capital segurado contratado para esta cobertura, o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.1.4.1 O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

2.1.4.2 Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

2.1.4.3 A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

2.1.4.4 A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, **caso o segurado a tanto se negue.**

2.1.4.5 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura:

- a) Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo próteses para suprir a perda de dentes naturais.

2.1.5. VR – Verbas Rescisórias.

Desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta Cobertura a título de verbas rescisórias, em caso de morte acidental do Segurado devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.1.6. AA - Auxílio Alimentação

Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura a título de Auxílio Alimentação, em caso de morte acidental do Segurado, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

OBS: Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura de Morte Acidental.

2.1.6.1 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura, as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

2.1.7. IAC-MA – Inclusão Automática de Cônjuge - MA

Este Seguro prevê e regula a inclusão, automática dos cônjuges dos Segurados Principais que estejam em boas condições de saúde, na qualidade de Segurados Dependentes, desde que contratada a cobertura de Inclusão Automática de Cônjuges – Morte Acidental (MA).

2.1.7.1. Contratada a inclusão de cônjuge e pago o prêmio adicional, a morte acidental deste, desde que coberta, garante ao Segurado Principal o pagamento de uma Indenização no valor do Capital Segurado individual contratado, para esta Cobertura, **observados os riscos excluídos, as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

2.1.8. IAC-IPA – Inclusão Automática de Cônjuge - IPA

Este Seguro prevê e regula a inclusão automática dos cônjuges dos Segurados Principais que estejam em boas condições de saúde, na qualidade de Segurados Dependentes, desde que contratada a Cobertura de Inclusão Automática de Cônjuges – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

2.1.8.1. Contratada a inclusão de cônjuge e pago o prêmio adicional, a invalidez deste, desde que coberta, garante ao Segurado Dependente o pagamento de uma Indenização proporcional ao grau de invalidez sobre o Capital Segurado individual contratado, para esta cobertura, **observados os riscos excluídos, as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

2.1.9. IAF- Inclusão Automática de Filhos

Contratada a inclusão automática de filhos, a morte acidental deste, desde que coberta, garante ao Segurado Principal o pagamento de uma Indenização no valor do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, conforme estabelecido no item 9.1.1, **observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

2.1.9.1. Na hipótese de falecimento de menor de 14 (quatorze) anos, a Indenização será destinada, exclusivamente, ao reembolso das despesas com funeral, devidamente comprovadas, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do Capital Segurado para esta Cobertura. Entre as despesas cobertas incluem-se as havidas com traslado, excluindo-se as decorrentes de aquisição de terrenos, jazigos e carneiros.

2.1.9.2. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais, os filhos serão incluídos uma única vez, considerando-se dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta Cobertura.

2.1.9.3. Não poderá ser incluído no Seguro, na qualidade de Segurado Dependente, o filho do Segurado Principal que já ostente a qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice Mestra.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Seguro para os Segurados principais e dependentes, os eventos ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, *ato terrorista* e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) de doenças preexistentes à contratação do Seguro, não declaradas na Proposta de Contratação e de conhecimento do Proponente Individual e/ou Estipulante;
- e) da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s), sócio ou seu Representante legal de um ou de outro de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- f) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspensão;
- g) sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios;
- h) Epidemias, Endemias e Pandemias declaradas por órgão competente;
- i) Envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente uma região ou uma dada população onde o Segurado resida ou esteja de passagem; e

- j) Os ferimentos auto infligidos, sejam de natureza temporária ou permanente, ressalvadas as hipóteses de tentativa de suicídio ocorrida após os dois primeiros anos de vigência inicial da apólice, ou ainda, após sua recondução nos casos em que tenha havido suspensão;
- k) Sinistro cuja causa não for possível de ser apurada e concluída pela Seguradora, durante o prazo do processo de regulação e liquidação de sinistro, seja a que título for.

4. CARÊNCIA

4.1. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido prazo corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

5.1 O presente seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, desde que não sejam caracterizados como risco excluído. Este âmbito geográfico se dará às coberturas que seguem relacionadas: Morte Acidental (Básica), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Auxílio Alimentação (AA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO).

5.2 Para a cobertura de Verbas Rescisórias (VR), Despesas Extraordinárias por Invalidez por Acidente (DEIA), o âmbito geográfico do presente seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

5.3. As indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

6. DA VIGÊNCIA DO SEGURO

6.1. O seguro vigorará pelo prazo estabelecido no contrato, podendo ser renovado automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a SEGURADORA manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

6.2. Nos seguros com previsão de renovação automática, a seguradora deverá, em até 30 (trinta) dias antes de seu término, cientificar o contratante de sua decisão de não renovar ou das eventuais modificações que pretenda fazer para a renovação.

6.3. Início de Vigência

O início de vigência do Seguro do respectivo Estipulante, será a partir das 24 horas da data da recepção da Proposta de Contratação pela Seguradora, ou, a partir da data de início determinada pelo Estipulante, respeitando-se ainda as condições de aceitação previstas no item 09, em ambas as situações.

6.3.1. A cobertura do Seguro está condicionada ao recebimento do prêmio pela Seguradora e aceitação da Proposta de Contratação.

7. DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

- 7.1** O início de vigência individual dar-se-á às 24 (vinte e quatro) horas da data definida na Proposta de Contratação, sendo a cobertura condicionada ao pagamento e recebimento da parcela do prêmio efetuado pelo Estipulante.
- 7.2** Para as novas admissões de segurados após o início de vigência do seguro, o início de vigência individual se dará a partir da data da respectiva admissão do funcionário e/ou inclusão do sócio no contrato social, desde que devidamente elegíveis conforme os critérios das condições de aceitação do seguro.
- 7.2.1.** Caso não haja pagamento de prêmio quando do protocolo da Proposta de Contratação, o início de vigência é o dia de aceitação da Proposta ou outro se solicitado pelo Proponente. Em havendo pagamento parcial ou total do prêmio, considera-se o início de vigência a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora.
- 7.3** Os Seguros individuais vigorarão enquanto vigorar o Seguro, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do contrato individual previsto nestas Condições Gerais.
- 7.4** No caso de não renovação do Seguro, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final de vigência da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.
- 7.5** Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

8. DA ACEITAÇÃO DO ESTIPULANTE

- 8.1** A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.
- 8.2** A aceitação, alteração e renovação deste seguro foi precedida da análise do risco pela Seguradora, com base nas informações fornecidas na Proposta de Seguro.
- 8.3** A contratação deste seguro deverá ser precedida da entrega de Proposta de Seguro à Seguradora, preenchida e assinada pelo Estipulante, por seu representante, ou corretor de seguros habilitado que representará o proponente na formação do contrato, na forma da lei.
- 8.4** O(s) pedido(s) de cotação à seguradora não equivale(m) à Proposta, e as informações prestadas pelas partes e por terceiros intervenientes integram o contrato que vier a ser celebrado.
- 8.5** A Proposta de Seguro faz parte integrante deste Contrato de Seguro, uma vez que contém todas as informações fornecidas foram essenciais à avaliação e Aceitação do Risco pela Seguradora.

- 8.6 A aceitação da Proposta dependente de análise interna da Seguradora, que se reserva o direito de, através de critérios técnicos, negar os riscos que considere em desacordo com os interesses do seu negócio, não ficando tal recusa caracterizada como ato discriminatório ou impeditivo da livre iniciativa empresarial.
- 8.7 **Proponente/Estipulante é obrigado a fornecer todas as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o Questionário que lhe submeta a Seguradora. As partes e os terceiros intervenientes nos contratos, ao responderem o Questionário, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.**
- 8.8 O descumprimento doloso do dever de informar previsto acima, importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.
- 8.9 O descumprimento culposo do dever de informar previsto acima, implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.
- 8.10 **Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.**
- 8.10.1. Risco normalmente não subscrito é aquele que vai contra as regras da política de aceitação da Seguradora.
- 8.10.2. A análise ou impossibilidade de garantia de um risco é de competência exclusiva e interna da Seguradora, de acordo com sua política de aceitação, entre eles, mas não se limitando os aspectos comerciais, atuariais e técnicos.
- 8.11 Despesas incorridas com a contratação são todas aquelas necessárias para que haja a contratação de um seguro, entre elas, mas não se limitando, as despesas administrativas e tributos .
- 8.12 Após verificar que a Proposta de Seguro atendeu a todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, a Seguradora fornecerá ao Proponente, protocolo que identifica a Proposta de Seguro por ela recepcionada, com indicação de data e hora do recebimento da referida proposta. **Apenas serão consideradas como recebidas as propostas enviadas através do Portal do Corretor ou Portal de Parceiros autorizados.**
- 8.13 O Grupo Segurado deverá ser composto de no mínimo 1 (um) Segurado para a aceitação e manutenção do Seguro. **É vedada a contratação somente para um sócio, sem que haja no mínimo 01 funcionário.**

- 8.14** A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitar ou recusar a inclusão/alteração do Estipulante na apólice.
- 8.15** A solicitação de esclarecimentos, documentos, entre outros, poderá ser realizada quantas vezes se fizer necessário, à critério da Seguradora.
- 8.16** **As propostas serão consideradas aceitas através da manifestação formal e expressa da Seguradora ou, ainda, no caso de a Seguradora não se manifestar expressamente pela sua recusa no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data da recepção da Proposta.**
- 8.17** Qualquer alteração no Contrato de Seguro deverá ser efetuada mediante nova Proposta de Seguro assinada pelo Segurado, seu representante legal ou por Corretor de Seguros habilitado. A Seguradora terá o mesmo prazo de 15 (quinze) dias para aceitar ou recusar a alteração a ela proposta. **NÃO SERÁ ADMITIDA A PRESUNÇÃO DE QUE A SEGURADORA POSSA TER CONHECIMENTO DE CIRCUNSTÂNCIAS QUE NÃO CONSTEM DA PROPOSTA DE SEGURO OU QUE NÃO TENHAM SIDO COMUNICADAS POR ESCRITO.**
- 8.18** No caso de não aceitação da Proposta de Seguro, a Seguradora comunicará formalmente ao Proponente, ou seu representante legal.
- 8.19** Havendo a contratação para um grupo composto de 01 funcionário e 01 sócio, e no decorrer da vigência da apólice ocorrer o desligamento deste único funcionário sem a possibilidade de substituição da vaga, a apólice deverá ser cancelada. **É vetada a manutenção de apólice ativa somente para o sócio, sem que haja no mínimo 01 funcionário.**

9. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

9.1 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

9.2 Estarão incluídos no presente Seguro, todos os funcionários do Estipulante devidamente registrados e ativos no sistema E-Social e demonstrados na GFIP, relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove a existência do vínculo empregatício com o CNPJ da apólice contratada. Os respectivos Sócios e/ou Diretores constantes do Contrato Social, desde que haja a indicação na Proposta de Contratação, e que estejam em boas condições de saúde, em plena atividade profissional e com idade mínima de 14 anos e máxima de 75 (setenta e cinco) anos, na data de início de vigência do Estipulante, ou na data do início de vigência individual.

9.2.1 A partir dos 14 anos, os sócios constantes do contrato social, poderão ser incluídos no Seguro e farão parte do rateio para efeito da apuração do Capital Segurado em caso de sinistro, observadas as demais condições de aceitação previstas nestas Condições Gerais.

9.2.2 **Nos casos em que seja contratado Sócios na Proposta e algum dos Sócios conste como funcionário ativo no E-Social e demonstrado na GFIP, relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que demonstre vínculo empregatício com o CNPJ da apólice contratada, em caso de sinistro não haverá acúmulo de Capital Segurado, sendo considerado o maior Capital Segurado vigente na data do evento do sinistro, dentro do limite máximo determinado na Apólice do Seguro.**

9.3 Não poderão participar do Seguro bem como não serão considerados como componentes do Grupo Segurado para efeito da apuração do Capital Segurado em caso de sinistro, mesmo que ativos no E-Social e demonstrados na GFIP, relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove a existência do vínculo empregatício ou do Contrato Social, os funcionários, Sócios e/ou Diretores que se enquadrarem nas seguintes situações:

- a) a) Afastados por doença ou acidente;
- b) Idade inferior a 14 (catorze) anos ou superior a 75 (setenta e cinco) anos;
- c) Aposentados por invalidez;
- d) Os funcionários afastados no início de vigência passarão a ter cobertura somente após o retorno a sua respectiva atividade laborativa.

9.4 Os funcionários e Sócios/Diretores que vierem a se aposentar por invalidez no decorrer da vigência em caráter temporário, serão mantidos no Seguro, desde que não tenham rescindido o contrato de trabalho ou conste do Contrato Social.

9.5 A proibição a que se refere às alíneas “a” e “b” do subitem 9.2 não se aplica aos empregados que tenham sido incluídos de acordo com as disposições estabelecidas para esse Seguro, cujo afastamento ou excesso de idade veio a ocorrer durante a vigência da apólice, ou de sua renovação junto à Tokio Marine Seguradora, sem descontinuidade de cobertura.

9.6 Cabe ao Estipulante a obrigação de verificar o preenchimento dos requisitos previstos nestas Condições Gerais acerca dos funcionários e sócios que são elegíveis ao seguro tanto na contratação do seguro, quanto na admissão de novos funcionários e sócios durante a vigência do seguro em pleno acordo com a condição de aceitação isentando, expressamente, a Seguradora do pagamento de qualquer indenização a Segurados incluídos indevidamente por não preencherem os referidos requisitos.

10. DA INCLUSÃO DE CONJUGES

10.1. Somente serão elegíveis ao seguro os cônjuges dos Segurados Principais aceitos e incluídos no contrato em conformidade com os critérios das condições de aceitação.

10.2. O Capital Segurado do cônjuge será de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal.

10.3. Equiparam-se aos cônjuges a(o) companheira(o) do Segurado Principal, desde que comprovada, documentalmente, a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.

10.4. Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge, nos casos em que se exigir Declaração Pessoal de Saúde.

10.5. Desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, estarão canceladas, as coberturas contratadas para o Segurado Dependente incluído na condição de cônjuge, independentemente desse fato ter sido, ou não, comunicado pelo Segurado Principal à SEGURADORA e ter havido pagamento de prêmio.

10.6 Não será admitido no seguro, o cônjuge do funcionário/sócio que não for aceito no seguro, observados os critérios das condições de aceitação indicados no item 9.

11. DA INCLUSÃO DE FILHOS

11.1 Desde que contratada a cobertura de cônjuge, este seguro prevê e regula a inclusão automática dos filhos do Segurado Principal.

11.2 São considerados filhos do Segurado Principal, para fins deste seguro, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal:

I - o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

II - filho (a) ou enteado (a) universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, até 24 anos;

III - o menor com relação de dependência financeira, de até 21 (vinte e um) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;

IV - o irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

V - irmão(ã), neto (a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 anos até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até 21 anos;

VI - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

11.3 O Capital Segurado dos filhos será de até 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal.

11.4 Não será admitido no seguro, o(s) filhos do funcionário/sócio que não for aceito no Seguro, observados os critérios das condições de aceitação indicados no item 9.

12. BENEFICIÁRIOS

12.1. Indicação

O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

12.2. Alteração de Beneficiários

12.2.1 É lícita a substituição do beneficiário do seguro por meio de pedido de alteração de beneficiário ou por declaração de última vontade.

12.2.2 Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento. A seguradora não notificada da substituição será exonerada pagando ao antigo beneficiário.

12.3. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

12.4. No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente (IPA) e Despesas Extraordinárias por Acidentes (DEIA), previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

12.5. Beneficiários dos Segurados Dependentes

12.5.1. Em caso de morte acidental devidamente coberta do Segurado Dependente, quando tiver sido contratada a cobertura de inclusão de cônjuge e/ou filhos, o Beneficiário será o Segurado Principal.

12.5.1.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais do Segurado Dependente.

12.6. Estipulante Beneficiário

12.6.1. Para a cobertura de Verbas Rescisórias (VR) o beneficiário será sempre o Estipulante.

12.6.1.1. O Estipulante a qualquer tempo e desde que o faça por escrito a Seguradora anteriormente ao pagamento da indenização poderá abrir mão da indenização a favor dos beneficiário(s) "herdeiros legais" ou designados pelo Segurado.

13. CAPITAIS SEGURADOS

O Capital Segurado será Global, sendo a indenização calculada de acordo com o valor resultante da divisão do Capital Global pelo Grupo Segurado, que compreende a quantidade de todos os Funcionários registrados e ativos no E-Social e demonstrados na GFIP, relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove a existência do vínculo empregatício, e de todos os Sócios/Diretores que constarem no Contrato Social da respectiva empresa Estipulante, conforme opção de regra contratada e indicada na Proposta de Contratação e detalhada nestas Condições Gerais.

13.1 Para fins de indenização, os valores de Capitais Segurados serão pagos ou reembolsados de acordo com o valor e limites de cada cobertura vigente na data do evento, **observadas as condições de aceitação e inclusão de segurados previstas no item 9, sendo a divisão do Capital Global calculada com base no Grupo Segurado existente no mês do evento, de acordo com os critérios estabelecidos nos itens a seguir:**

13.1.1 – Grupo Segurado:

Sócios/Diretores e Funcionários participam em grupos separados, com contratação de Capital Global específico para cada grupo indicados na Proposta de Contratação e especificado na Apólice. Nesta modalidade a contratação de Sócios/Diretores é facultativa.

- **Sócios/Diretores**

O Capital Segurado Individual será calculado através da divisão do Capital Segurado específico Contratado pelo Estipulante para o grupo de Sócios/Diretores, pela quantidade de Sócios/Diretores que constarem do Contrato Social da respectiva empresa Estipulante, de acordo com os critérios previstos na versão do produto, das condições expressas na proposta e demais cláusulas da Apólice e das Condições Gerais.

- **Funcionários**

O Capital Segurado Individual será calculado através da divisão do Capital Segurado contratado pelo Estipulante, considerando a quantidade de Funcionários devidamente ativos no E-Social e demonstrados na GFIP, relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove a existência do vínculo empregatício, de acordo com a versão do produto contratado, das condições expressas na proposta e demais cláusulas da Apólice e das Condições Gerais.

13.1.2 - Grupo único:

Sócios/Diretores e Funcionários participam no mesmo grupo, sendo o Capital Global da Apólice rateado entre Sócios/Diretores e Funcionários que participam sob o mesmo Capital Global.

13.2. O Capital Segurado será automaticamente ajustado quando houver liquidação de sinistro que implique no cancelamento do seguro para o segurado individual ou movimentação de funcionários, Diretores ou Sócios, dividindo-se o Capital Segurado contratado pelo novo número de funcionários, desde que atendidos os requisitos previstos na cláusula **13.4, respeitando-se o limite máximo contratado conforme especificado na Apólice.**

13.2.1. Para determinação do capital segurado para pagamento do sinistro, deverão ser contabilizados os segurados aceitos no seguro, em conformidade com o item 9, inclusive os funcionários afastados durante a vigência, desde que anteriormente incluídos no seguro.

13.2.1.1 Para determinação do capital segurado, os funcionários admitidos e demitidos no mês da ocorrência do sinistro integrarão o cálculo de divisão

13.3. Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores calculados com base nas coberturas vigentes na data do evento, e o Capital Segurado individual calculado com base no Grupo Segurado vigente no mês do evento, observadas as regras e restrições para a alteração do Grupo Segurado.

13.4. O Estipulante deverá solicitar o ajuste dos capitais segurados através de endosso, nas seguintes situações:

13.4.1 Grupo de funcionários: Quando houver redução da quantidade de funcionários em percentual superior a 10% (dez por cento) em relação à quantidade de segurados informado na data da contratação ou da renovação da apólice, é obrigatória a repactuação do valor do Capital Global contratado.

13.4.2 Grupo de sócios: Durante a vigência do seguro, qualquer alteração da quantidade de segurados do quadro societário, deverá ser repactuada na apólice através de endosso.

13.4.3 Em caso de descumprimento do disposto das cláusulas 13.4.1 e 13.4.2 o capital segurado individual será apurado com base no número de segurados existente quando da última comunicação formal à seguradora quanto à quantidade efetiva de componentes do grupo segurado através de endosso ou, na sua falta, com base no número de segurados existente à época do início de vigência ou da renovação da apólice.

13.4.4 Não há obrigatoriedade de o Estipulante solicitar emissão de endosso em razão de aumento do grupo segurado, contudo, nesta situação, o capital segurado será calculado com base no Grupo vigente no mês do evento, sendo os segurados individuais ou beneficiários indenizados ou reembolsados com limite dos valores calculados com base nas coberturas vigentes na data do evento, o que implicará em redução do capital em relação valor considerado na contratação do seguro.

13.5 Pagamento do Capital Segurado em Caso de Sócio Pessoa Jurídica

Se, no momento do sinistro, for verificado que existe sócio pessoa jurídica no Contrato Social, a parte do capital segurado correspondente será paga diretamente ao respectivo sócio pessoa física que estiver vinculado a esse CNPJ.

13.5.1 Caso exista mais de um sócio vinculado ao CNPJ, haverá o rateio do capital segurado correspondente entre todos os representantes vinculados a esse CNPJ, independentemente das disposições constantes no Contrato Social da pessoa jurídica acerca da distribuição de cotas ou participação societária, conforme o exemplo abaixo:

Exemplo: Capital Global dos sócios: R\$150.000,00
Quantidade de sócios: 3

Contrato Social do CNPJ da apólice contratada:

Sócio(s)	Rateio	Indenização	
1	CPF	50.000	
2	CPF	50.000	
3	CNPJ (com 2 sócios)	Novo rateio	25.000 para cada sócio (CPF)

13.5. É obrigação do Estipulante avaliar e repactuar o valor do Capital Global contratado ou restabelecê-lo para melhor atender o Capital Segurado Individual desejado, contratando o endosso de alteração das condições contratuais através do seu corretor de seguros, e observadas as limitações estabelecidas no produto.

13.6. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual a data do acidente.

14. CUSTEIO DO SEGURO

O Custeio do Seguro será **Não-Contributário**, ou seja, o prêmio será pago exclusivamente através de recursos do Estipulante, sem a participação do Segurado.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

15.1 A forma de pagamento do Prêmio poderá ser anual, mensal ou parcelado de acordo com a opção escolhida pelo Estipulante.

15.1.1. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento integral do prêmio correspondente ao período de cobertura houver sido feito, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o Seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

15.1.2. Fica vedada a cobrança ao Segurado taxa de inscrição ou de intermediação.

15.1.3. Se o Estipulante não tiver recebido um novo documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá entrar em contato com a Seguradora / Corretor e solicitar a emissão da 2ª via do boleto bancário.

15.1.4. Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

15.2. Para os seguros contratados sob a forma de pagamento parcelada por meio de fracionamento do prêmio o critério adotado será o seguinte:

15.2.1. Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.

15.2.2. Será garantido ao Estipulante, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

15.2.3. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, a Seguradora enviará ao Estipulante, ou corretor de seguros, ou representante, uma notificação, por qualquer meio idôneo que comprove o respectivo recebimento, concedendo-lhe prazo de 15 (quinze) dias para a purgação da mora, e o advertindo de que, não purgada a mora no novo prazo, suspenderá a garantia e não efetuará pagamento algum relativo a sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga e de que após 90 (noventa) dias da suspensão da garantia, o contrato será resolvido.

15.2.4. O prazo de 15 (quinze) dias se inicia com o recebimento da notificação.

15.2.5. Porém, se o Segurado, ou o Estipulante, o corretor de seguros, ou o representante, recusar o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não for encontrado no último endereço informado à Seguradora, o prazo terá início na data da frustração da notificação.

15.2.6. A purgação da mora no prazo, a qual inclui o pagamento de multa e de juros moratórios que restabelecerá os efeitos da apólice ou do aditivo pelo período inicialmente contratado.

15.2.7. O decurso do prazo, sem a purgação da mora, implicará a suspensão da garantia contratual, sem prejuízo do crédito da Seguradora ao prêmio.

15.2.8. O prazo para resolução do contrato somente ocorrerá em 90 (noventa) dias após a última notificação feita ao estipulante.

15.2.9. Ainda que seja feito o pagamento subsequente da parcela em aberto, não afastará a suspensão e cancelamento da apólice.

15.3. No caso de resilição total ou parcial do Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa do segurado ou com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

15.3.1. Quando adotado fracionamento de prêmio e na hipótese de resilição a pedido do Segurado, a sociedade Seguradora reterá o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto, além dos emolumentos.

15.4 A falta do pagamento da primeira parcela da apólice ou da parcela única até a data limite para pagamento implicará no cancelamento do seguro desde o início de vigência, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

15.4.1 O prazo para o pagamento dessa parcela do prêmio em atraso será de até 45 dias úteis, contados a partir da data do vencimento da parcela pendente, independentemente do pagamento de parcelas subsequentes.

15.4.2 A parcela do prêmio não paga até os 45 (quarenta e cinco) dias úteis do seu vencimento, poderão ser cobradas judicialmente pela Seguradora e a apólice será cancelada, após 90 (noventa dias) da notificação sobre o inadimplemento e possibilidade de cancelamento, não havendo possibilidade de reabilitação.

15.4.2.3 Nenhuma indenização de sinistro será devida até que seja quitada a parcela vencida dentro do prazo de tolerância estabelecido para pagamento.

15.4.2.3 Nos casos da cobrança do prêmio por meio cartão de crédito, será responsabilidade do segurado manter os dados atualizados para lançamento da parcela para que não ocorra prejuízos à cobertura do seguro em caso de cancelamento ou validade expirada do cartão.

15.5 No caso de impedimento do lançamento da parcela mensal do seguro, seja a cobrança por meio de cartão de crédito ou débito em conta, será enviado o boleto da parcela vencida com o valor acrescido de juros e multa.

15.5. Cancelamento por falta de pagamento:

15.5.1 Para os seguros contratados sob a forma de pagamento mensal, o Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios do Seguro será notificado sobre a parcela em atraso e cientificado de que o não pagamento da parcela em até 45 (quarenta e cinco) dias acarretará o cancelamento da apólice, após 90 (noventa dias), independentemente do pagamento de parcelas subsequentes.

15.5.1.1 Decorrido o período de tolerância para o pagamento do prêmio, a segura não recepcionará o prêmio em atraso e o seguro será cancelado por falta de pagamento, observando-se o disposto na cláusula acima.

15.5.1.2 Nestes casos, o período de cobertura do seguro será calculado com base no prêmio efetivamente recebido pela Seguradora, observado o critério do cálculo *pró-rata temporis*.

15.5.2. Para os Seguros contratados sob a forma de pagamento parcelado, o Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado acerca do inadimplemento, suspensão e cancelamento.

15.5.2.1. Nesses casos não haverá reabilitação de cobertura.

16. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGUADO E DOS PRÊMIOS

Para os Seguros com vigência superior a um ano, o valor do Capital Segurado e dos prêmios serão corrigidos anualmente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice INPC/IBGE, com base na última publicação oficial, verificada nos dois meses anteriores aniversário do Seguro.

16.1. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

17. COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO DE SINISTROS

17.1 Ocorrendo o Sinistro, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA, SOB PENA DA PERDA DO DIREITO, podendo ser pela central de atendimento, ou portal de autoatendimento através do site www.tokiomarine.com.br.

17.2 Todos os campos do aviso de sinistro, tanto no Formulário de Aviso de Sinistro quanto no Aviso eletrônico no Portal de Autoatendimento, devem ser preenchidos corretamente com as informações relacionadas à localização do segurado conforme a apólice, além de todos os dados pertinentes ao evento que está sendo comunicado.

17.2.1 O Segurado, ou quem suas vezes fizer, deverá entregar à Seguradora, com a devida diligência, os documentos básicos e elementos necessários por ela solicitados.

- 17.2.1.1** Deverá ser encaminhada a documentação necessária de acordo com a cobertura do seguro, juntamente com o formulário Aviso de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado e/ou Beneficiário. Esses documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.
- 17.2.1.2** Os documentos devem ser enviados por meio do Portal de Autoatendimento e precisam ser digitalizados de forma colorida, a partir dos documentos originais e/ou suas cópias autenticadas.
- 17.3** Os arquivos podem ser enviados apenas nos seguintes formatos: pdf, jpg, png, bmp, avi, mpg, mp4 ou mpeg.
- 17.4** Cabem, exclusivamente, à Seguradora, os procedimentos de regulação e de liquidação do sinistro, que servem respectivamente para identificar as causas e os efeitos do fato comunicado pelo interessado e quantificar em dinheiro os valores devidos pela seguradora. A execução desses procedimentos não importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento do valor do seguro por parte da Seguradora.
- 17.5** A Seguradora poderá contratar regulador e liquidante de sinistro para desenvolver esses procedimentos em seu lugar, cabendo, porém, **exclusivamente** à Seguradora a decisão sobre a cobertura do fato e o valor da indenização, se devida, ao Segurado ou ao beneficiário.
- 17.6** A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura do sinistro, sob pena de decair do direito de recusá-la, contando-se esse prazo da data de apresentação do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhado de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.
- 17.6.1** A Seguradora ou o regulador do sinistro poderão solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los, quantas vezes se fizerem necessárias.
- 17.6.2** Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido no subitem acima, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por, no máximo, 2 (duas) vezes, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for integralmente atendida a solicitação.
- 17.6.3** Porém, nos sinistros em que a importância segurada não exceder o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, o prazo de manifestação sobre a cobertura só poderá ser suspenso 1 (uma) vez.
- 17.6.4** Para os tipos de seguro nos quais a verificação da existência de cobertura implicar maior complexidade na apuração, a Seguradora solicitará à autoridade fiscalizadora que fixe prazo superior a 30 (trinta) dias, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.
- 17.7** A recusa de cobertura será expressa e motivada, não podendo a Seguradora inovar posteriormente o seu fundamento, salvo quando, depois da recusa, vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.

17.8 Entende-se por motivação, a indicação do fundamento legal e/ou contratual da negativa.

17.9 Fica ressalvado que o exercício da ampla defesa e do contraditório, previstos no artigo 5º, inciso LV, da Constituição Federal, por parte da Seguradora, não constitui, sob nenhuma hipótese, inovação.

17.10 O relatório de regulação e liquidação do sinistro é documento comum às partes e, negada a cobertura, no todo ou em parte, a Seguradora entregará ao interessado os documentos produzidos ou obtidos durante a regulação e a liquidação do sinistro que fundamentem sua decisão.

17.11 Não é considerado comum às partes toda documentação e/ou informação que contenha segredos e/ou estratégias negociais da Seguradora, capazes de comprometer seu desenvolvimento e a confidencialidade das informações sensíveis.

17.12 São considerados como documentos que contêm segredos de negócios aqueles que possuem informações confidenciais, não trivialmente conhecidas ou acessíveis, desenvolvidas, utilizadas ou possuídas pela Seguradora, cuja divulgação possa comprometer a integridade de seus processos decisórios e a metodologia subjacente à avaliação e gerenciamento de riscos de forma confidencial.

17.13 A regulação e a liquidação do sinistro serão realizadas simultaneamente, sempre que possível.

18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

18.1 A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização.

18.1.1 A Seguradora ou o liquidante do sinistro poderá solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los, quantas vezes se fizerem necessárias.

18.1.2 Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido no subitem acima, o prazo para o pagamento da indenização suspende-se por, no máximo, 1 (uma) vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele **em que for integralmente atendida a solicitação**.

18.1.3 Para os tipos de seguro nos quais a liquidação dos valores devidos implicar maior complexidade na apuração, a Seguradora solicitará à autoridade fiscalizadora que fixe prazo superior ao disposto no **subitem 18.1**, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.

18.1.4 O valor da indenização apurada será apresentado ao Segurado ou ao beneficiário de forma fundamentada, não podendo a Seguradora inovar posteriormente o seu fundamento, salvo quando vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.

18.1.5 Fica ressalvado que o exercício da ampla defesa e do contraditório, previstos no artigo 5º, inciso LV, da Constituição Federal, por parte da Seguradora, não constitui, sob nenhuma hipótese, inovação.

18.1.6 Em caso de descumprimento do prazo estipulado no **subitem 18.1** desta cláusula, os valores de indenização sujeitam-se à multa de 2%, além dos juros legais e da atualização monetária, pelo IPCA / IBGE (caso seja extinto, pelo INPC/IBGE), contados a partir da data em que a indenização ou capital segurado deveriam ter sido pagos, exceto no caso de reembolso de despesas, em que a atualização monetária será a partir da data do efetivo desembolso.

18.2 Em apurando **existência de sinistro coberto e de quantias parciais a pagar**, a Seguradora **adiantará os respectivos valores, por conta do pagamento final, ao Segurado ou ao beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias.**

18.3 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 17 e 18 destas Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

18.3.1 Para a Cobertura de Morte Acidental:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 03 (três) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;

*Documento necessário quando o acionamento for para cobertura de cônjuge, seja ele automático ou facultativo, bem como quando um dos beneficiários/herdeiros for o cônjuge sobrevivente;

- b) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- c) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado;
- e) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Cartão CNPJ / Contrato Social (última atualização) / MEI (para apólices de Capital Global ou quando houver a cobertura de Verbas Rescisórias contratada);
- b) Dados bancários da empresa/estipulante (quando houver a cobertura de Verbas rescisórias contratada);
- c) Ficha de registro de empregado e Exame admissional;
- d) Termo de rescisão contratual (quando houver a cobertura de Verbas Rescisórias contratada).

III. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de ocorrência da data do evento;
- b) Certidão de Óbito;
- c) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) em caso de evento ocorrido dentro da empresa ou durante trajeto para trabalho x residência e vice-versa;
- d) Croqui do local do acidente;
- e) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- f) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- g) Exame de Dosagem Alcoólica (IML) em caso do segurado ser o condutor do veículo. Na ausência deste documento, enviar Declaração de órgão Policial ou IML, informando o motivo da não realização do exame;
- h) Exame Toxicológico (IML) em caso do segurado ser o condutor do veículo. Na ausência deste documento, enviar Declaração de órgão Policial ou IML, informando o motivo da não realização do exame;
- i) Laudo de Necropsia ou Cadavérico (IML);
- j) Prontuário médico hospitalar em caso do segurado ter sido socorrido;
- k) Peças de Inquérito Policial, em caso de morte suspeita;
- l) Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima.

IV. Dos beneficiários/herdeiros legais:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
*Documento necessário quando o acionado for para cobertura de cônjuge, seja ele automático ou facultativo, bem como quando um dos beneficiários/herdeiros for o cônjuge sobrevivente.
- b) CPF dos beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Declaração de beneficiários assinada pelo próprio segurado na contratação;
*Na ausência deste documento ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art.1829 do Código Civil;
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- e) Escritura Pública de Únicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art. 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item “c”).

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

V. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado, quando este for o beneficiário (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- b) Dados bancários dos beneficiários/herdeiros, quando este(s) for(em) o(s) beneficiário(s) / herdeiro (s) (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos beneficiários/herdeiros);
- c) Termo de Autorização de crédito em favor de menor de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade, assinado pelo responsável legal ou tutor definitivo;
- d) Termo de cessão de direitos assinado por um ou mais beneficiários/herdeiros que desejem abdicar de sua cota-parte da indenização em favor de outro beneficiário/herdeiro;
- e) Termo de divisão de Cesta alimentação (quando houver a cobertura de Cesta Alimentação ou Cesta Básica contratada);
- f) Termo de Guarda / Termo de Tutela / Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, em caso de beneficiários/herdeiros menor(es) de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade.

Obs: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.

18.3.2 Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 03 (três) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do Segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante do endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do segurado;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de Registro do empregado e Exame Admissional;
- b) Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) do médico do trabalho informando sobre a aptidão do funcionário para retorno as suas atividades laborativas, levando em consideração o acidente sofrido;
- c) Declaração da empresa/estipulante dando ciência de acionamento do seguro diretamente pelo segurado ou seu representante.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de ocorrência da data do evento, com a descrição do acidente;
- b) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) em caso de evento ocorrido dentro da empresa ou durante trajeto para trabalho x residência e vice-versa;
- c) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- d) Croqui do local do Acidente;
- e) Declaração de atendimento/resgate do SAMU, ou órgão responsável pelo socorro da vítima;
- f) Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Exames de diagnóstico e imagem, que evidenciem a sequela deixada pelo acidente (data do evento e atual). Ex.: Radiografias, Ressonância magnética, Tomografia, Eletroencefalografia, entre outros;
- h) Laudo emitido por médico especialista Fisioterapeuta/Ortopedista, esclarecendo a quantidade de sessões propostas para tratamento e recuperação, bem como informando a perda funcional (em %) do membro(s) afetado(s) e após esgotados todos os recursos médicos/terapêuticos/cirúrgicos;
- i) Prontuário médico completo do atendimento inicial, bem como de todos os atendimentos e tratamentos realizados, como cirurgias/internações, devidamente emitido pelo hospital em que foi atendido/socorrido/tratado;
- j) Relatório médico realizado através de consulta presencial devidamente preenchido/declarado, assinado e carimbado pelo médico assistente (responsável pelo tratamento e acompanhamento da lesão), detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez (em %) por membro(s) afetado(s) e após a alta médica definitiva e com a confirmação se todos os tratamentos médicos disponíveis para recuperação da sequela foram esgotados;
- k) Atestado de Saúde Ocupacional do médico do trabalho informando sobre a aptidão do funcionário para retorno as suas atividades laborativas, levando em consideração o acidente sofrido;
- l) Declaração da empresa/estipulante dando ciência de acionamento do seguro diretamente pelo segurado ou seu representante;

- m) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

Nota:

- a) Não serão aceitos laudos/relatórios emitidos por teleconsulta/perícia, nem tampouco, documentos de médicos que não seja o responsável pelo atendimento/tratamento/acompanhamento do segurado;
- b) Em caso de tratamento conservador (sem cirurgia ou outros tratamentos), médico assistente deve esclarecer e fundamentar a caracterização da sequela definitiva.

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº de agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco nacional e de titularidade do segurado);
- b) Em caso de o segurado em decorrência da lesão sofrida ser considerado incapaz e com perda cognitiva que o impeça de exercer atos da vida civil:
- ✓ Termo de Curatela/Termo de Interdição judicial definitivos e/ou Alvará Judicial com informação expressa de pagamento da indenização em favor do segurado/curador;
 - ✓ Termo de autorização de crédito em favor do segurado/curador;
 - ✓ Comprovante de residência nominal ao tutor (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante do endereço declarado);
 - ✓ CPF do tutor (em caso de não constar em outro documento de identificação);
 - ✓ Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do tutor.

18.3.3 Para a Cobertura de Indenização Extraordinária por Invalidez por Acidente:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 03 (três) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do Segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante do endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do segurado;

- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de Registro do empregado e Exame Admissional;
- b) Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) do médico do trabalho informando sobre a aptidão do funcionário para retorno as suas atividades laborativas, levando em consideração o acidente sofrido;
- c) Declaração da empresa/estipulante dando ciência de acionamento do seguro diretamente pelo segurado ou seu representante.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de ocorrência da data do evento, com a descrição do acidente;
- b) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) em caso de evento ocorrido dentro da empresa ou durante trajeto para trabalho x residência e vice-versa;
- c) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- d) Croqui do local do Acidente;
- e) Declaração de atendimento/resgate do SAMU, ou órgão responsável pelo socorro da vítima;
- f) Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Exames de diagnóstico e imagem, que evidenciem a sequela deixada pelo acidente (data do evento e atual). Ex.: Radiografias, Ressonância magnética, Tomografia, Eletroencefalografia, entre outros;
- h) Laudo emitido por médico especialista Fisioterapeuta/Ortopedista, esclarecendo a quantidade de sessões propostas para tratamento e recuperação, bem como informando a perda funcional (em %) do membro(s) afetado(s) e após esgotados todos os recursos médicos/terapêuticos/cirúrgicos;
- i) Prontuário médico completo do atendimento inicial, bem como de todos os atendimentos e tratamentos realizados, como cirurgias/internações, devidamente emitido pelo hospital em que foi atendido/socorrido/tratado;
- j) Relatório médico realizado através de consulta presencial devidamente preenchido/declarado, assinado e carimbado pelo médico assistente (responsável pelo tratamento e acompanhamento da lesão), detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez (em %) por membro(s) afetado(s) e após a alta médica definitiva e com a confirmação se todos os tratamentos médicos disponíveis para recuperação da sequela foram esgotados.
- k) Atestado de Saúde Ocupacional do médico do trabalho informando sobre a aptidão do funcionário para retorno as suas atividades laborativas, levando em consideração o acidente sofrido;
- l) Declaração da empresa/estipulante dando ciência de acionamento do seguro diretamente pelo segurado ou seu representante;
- m) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

Nota:

- a) Não serão aceitos laudos/relatórios emitidos por teleconsulta/perícia, nem tampouco, documentos de médicos que não seja o responsável pelo atendimento/tratamento/acompanhamento do segurado;

- b) Em caso de tratamento conservador (sem cirurgia ou outros tratamentos), médico assistente deve esclarecer e fundamentar a caracterização da sequela definitiva.

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº de agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco nacional e de titularidade do segurado);
- b) Em caso de o segurado em decorrência da lesão sofrida ser considerado incapaz e com perda cognitiva que o impeça de exercer atos da vida civil:
 - ✓ Termo de Curatela/Termo de Interdição judicial definitivos e/ou Alvará Judicial com informação expressa de pagamento da indenização em favor do segurado/curador;
 - ✓ Termo de autorização de crédito em favor do segurado/curador;
 - ✓ Comprovante de residência nominal ao tutor (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante do endereço declarado);
 - ✓ CPF do tutor (em caso de não constar em outro documento de identificação);
 - ✓ Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do tutor.

18.3.4 Para a Cobertura Adicional de Verba Rescisória, além dos documentos referidos no subitem 18.3.1 (Morte Acidental), serão necessários os seguintes documentos

- a) Comprovante de rescisão trabalhista devidamente homologada.

18.3.5 Para a Cobertura de Auxílio Alimentação:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 03 (três) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do Segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante do endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de registro de empregado e Exame admissional;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- c) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- d) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito (Ex.: Ultrassonografia, Anatomopatológico, Ressonância magnética, Ecocardiograma, Exames laboratoriais, Radiografias, entre outros);
- e) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- f) Prontuário médico hospitalar em caso de falecimento no hospital ou em caso de internações anteriores ao óbito;
- g) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, inclusive de doenças e tratamentos anteriores ao falecimento;

*Este documento pode ser substituído por declaração de próprio punho do médico assistente, constando todo o histórico médico do segurado, com diagnósticos, datas e tratamentos realizados e acompanhado dos exames informados.

IV. Dos beneficiários/herdeiros legais:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;

*Documento necessário quando o acionado for para cobertura de cônjuge, seja ele automático ou facultativo, bem como quando um dos beneficiários/herdeiros for o cônjuge sobrevivente.

- b) CPF dos beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Declaração de beneficiários assinada pelo próprio segurado na contratação;

*Na ausência deste documento ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art. 1829 do Código Civil;

- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- e) Escritura Pública de Únicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art. 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item "c").

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

V. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado, quando este for o beneficiário (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);

- b) Dados bancários dos beneficiários/herdeiros, quando este(s) for(em) o(s) beneficiário(s) / herdeiro (s) (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos beneficiários/herdeiros);
- c) Termo de Autorização de crédito em favor de menor de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade, assinado pelo responsável legal ou tutor definitivo;
- d) Termo de cessão de direitos assinado por um ou mais beneficiários/herdeiros que desejem abdicar de sua cota-parte da indenização em favor de outro beneficiário/herdeiro;
- e) Termo de divisão de Cesta alimentação (quando houver a cobertura de Cesta Alimentação ou Cesta Básica contratada);
- f) Termo de Guarda / Termo de Tutela / Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, em caso de beneficiários/herdeiros menor(es) de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade.

Obs: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.

18.3.6 Para a Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 03 (três) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de registro de empregado e Exame admissional;
- b) Declaração da Instituição de ensino ou Contrato de matrícula (em casos de seguros educacionais) comprovando o vínculo do seguro/aluno;
- c) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial (B.O.), Comunicação de Acidente de Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma);
- b) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- c) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, em que deve constar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas juntamente com os pedidos médicos dos procedimentos realizados;
- d) Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal original o procedimento realizado conforme tabela da A.M.B.;
- e) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o tratamento realizado;
- f) Nota fiscal e/ou recibos de pagamento dos atendimentos, procedimentos e/ou medicamentos, acompanhado das devidas prescrições médicas;
- g) Prescrição médica com solicitações de exames e/ou procedimentos;
- h) Prescrição médica de medicamentos;
- i) Prontuário hospitalar com histórico de cirurgia;
- j) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado e/ou tomador constante da Nota Fiscal e/ou Recibo (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- b) Termo de anuência/cessão de direitos quando o pagamento não for para o tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo;
- c) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- d) Comprovante de residência nominal ao tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- e) CPF do tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- f) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo.

18.4 Junta Médica

No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor 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.

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

18.4.1.1. 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.

18.4.2. Perícia da Seguradora

18.4.2.1. A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência do sinistro nos termos destas Condições Gerais.

18.4.2.2. O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

18.4.2.3. Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

19. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

19.1 Sócios/Diretores: A Indenização será calculada de acordo com o valor resultante da divisão do Capital Segurado total contratado pelo Estipulante para o grupo de Sócios/Diretores, pela quantidade de Sócios/Diretores incluídos no Seguro e constantes do Contrato Social, relativos ao mês da ocorrência do sinistro.

19.2 Funcionários: A Indenização será calculada de acordo com o valor resultante da divisão do Capital Segurado total contratado pelo Estipulante para o grupo de Funcionários, pela quantidade de funcionários incluídos no Seguro e ativos no E-Social e demonstrados na GFIP, relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove a existência do vínculo empregatício, relativos ao mês da ocorrência do sinistro.

20. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

20.1. Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

- a) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;
- b) com a morte do Segurado Principal;
- c) por solicitação do Segurado Principal, mediante comunicação por escrito;
- d) com cancelamento ou final de vigência, sem renovação, do Seguro individual ou ainda da Apólice.

20.2. Além das hipóteses já elencadas, o Segurado Dependente também perderá esta qualidade:

- a) se for cancelada a respectiva cobertura de inclusão de Cônjuge e/ou Filhos;
- b) se cessar a condição de dependente o Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à Seguradora;
- c) com a inclusão do dependente no Seguro na condição de Segurado Principal.

21. CANCELAMENTO DO SEGURO

O seguro será cancelado:

21.1. por acordo entre o Estipulante e a Seguradora, mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, se resultar ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos, respeitando a solicitação expressa com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

21.2. pelo descumprimento pagamento de prêmios.

22. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

22.1. Além dos casos previstos em Lei, a Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos, dependentes ou beneficiários, qualquer uma das hipóteses abaixo descritas:

22.2 Provocar dolosamente o sinistro ou agir com culpa grave equiparável a dolo, ou agir de má-fé, ou procurar, por qualquer meio, obter benefícios ilícitos, quer seja por ação própria ou em conjunto com terceiros;

22.3 Se agravar intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro:

a) Será relevante o aumento que conduza ao aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco descrito no questionário de avaliação de risco ou da severidade dos efeitos de tal realização;

b) Será continuado quando o ato do Segurado perdurar por minutos, horas, e ou dias, não necessitando ter sido reiterado anteriormente.

22.3.1 O segurado está obrigado a comunicar à seguradora, tão logo dele tome conhecimento, qualquer fato suscetível de agravar de maneira relevante o risco coberto:

22.3.2 Ciente do agravamento, a seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de prêmio:

a) Se o Segurado culposamente deixar de comunicar a Seguradora sobre agravamento relevante do risco, o Segurado fica obrigado ao pagamento da diferença do prêmio apurada;

b) Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

22.4 Se, dolosamente deixar de tomar toda e qualquer providência que seja de sua obrigação ou que estejam ao seu inteiro alcance, no sentido de evitar, reduzir ou não agravar os prejuízos resultantes de um sinistro.

22.5 Se o segurado, o estipulante, ou seu corretor de seguros ou representante, dolosamente fizer declarações inexatas ou omitir informações que possam influir direta ou indiretamente no conhecimento, análise e aceitação do risco e na fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio do seguro, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

22.5.1 Se o descumprimento do dever de informar se der de forma culposa ocorrerá a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.

22.5.2 Se diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, o contrato será extinto – sem pagamento de qualquer indenização securitária ou capital segurado – sem prejuízo da obrigação do Segurado de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

22.6 Se ao tomar ciência do sinistro ou da iminência do seu acontecimento, com objetivo de evitar prejuízos à Seguradora o Segurado dolosamente deixar de adotar as medidas estabelecidas nos incisos I, II e III do art. 66 da Lei 15.040/2024, incorrerá em perda do direito à indenização securitária ou capital pactuado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

22.6.1 Se o descumprimento das medidas estabelecidas nos incisos I, II e III do art. 66 da Lei 15.040/2024 se der culposamente, culminará em perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

22.7 For omissa ou inerte quanto a entrega de documentos solicitados pela Seguradora, culminando na inconclusão do procedimento de regulação e liquidação de sinistros;

22.8 Não haverá direito à indenização securitária, sinistros cuja causa e ou enquadramento de cobertura não forem possíveis de serem apurados e ou concluídos, durante o processo de regulação e liquidação de sinistros.

23. OBRIGAÇÃO DO ESTIPULANTE

23.1 Constituem obrigações do estipulante:

- I - fornecer à TOKIO MARINE todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- II - manter a TOKIO MARINE informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- III - fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;
- IV - repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- V - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
- VI - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da TOKIO MARINE responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
- VII - comunicar, de imediato, à TOKIO MARINE, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- VIII - dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- IX - comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e
- X - fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido
- XI - o estipulante deverá cumprir as obrigações e os deveres do contrato, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário;
- XII - além de outras atribuições que decorram de lei ou de convenção, assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.

23.2 É expressamente vedado ao estipulante e ao sub-estipulante:

- I - cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela TOKIO MARINE; e
- II - efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da TOKIO MARINE e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

24. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

24.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

24.2. Para manter o equilíbrio técnico do seguro e sempre que possível, as taxas serão reavaliadas anualmente tendo como base a experiência da Seguradora.

24.2.1. A alteração nas Condições Contratuais em vigor deve ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou do seu representante.

24.3. Qualquer modificação da apólice em vigor, que implique em ônus ou dever para os segurados ou redução dos seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

24.4. A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante.

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

25.1 A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da SEGURADORA, respeitadas as condições contratuais e as normas do seguro.

26. DISPOSIÇÕES GERAIS

26.1. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

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

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

27. PRESCRIÇÃO

27.1 Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento na presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela Lei 15.040/2024.

28. DO FORO

28.1 O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

29. CONCEITOS

29.1 Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecida, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do segurado, a sua incapacidade temporária ou que tome necessário tratamento médico, observando que:

29.1.1 Incluem-se, nesse conceito:

- o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparada, para fins de indenização, o acidente pessoal, observado a legislação em vigor;
- os acidentes decorrentes de ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

29.1.2 Excluem-se deste conceito:

- as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,
- as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz por acidente pessoal, definido no subitem 29.1, acima.

29.2 Agravamento relevante do Risco

Ato que conduza o aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco descrito no questionário ou da severidade dos efeitos.

29.3 Apólice

Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas ajustadas entre as partes, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).

29.4 Beneficiários

Pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

29.5 Capital Segurado

Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

29.6 Carência

Período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento dos capitais segurados contratados.

29.7 Carregamento

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

29.8 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais

29.9 Condições Gerais

São as cláusulas destinadas a estabelecer os termos e condições contratuais deste Seguro e representando os direitos e as obrigações inerentes às partes contratantes, segurado e seguradora.

29.10 Condições Especiais

Conjunto de cláusulas que complementam ou alteram as Condições Gerais do Contrato de Seguro, ampliando ou restringindo as Coberturas.

29.11 Contrato Coletivo

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a sociedade Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

29.12 Corretor de Seguros

O corretor de seguros configura-se como interessado na relação contratual securitária. Ele é o profissional que participa ativamente da formação do contrato, representando o segurado e intermediando a negociação com a seguradora, prestando informações fidedignas e completas para a análise do risco e repassando aos segurados os documentos e informações disponibilizadas pela seguradora, sempre que pertinente, dentro do prazo legal. Seu interesse é econômico, pelo direito à comissão, e jurídico, em razão do dever de atuar com boa-fé e lealdade na prestação de informações entre as partes da relação contratual.

29.13 Documentos contratuais

É a apólice e o endosso do seguro.

29.14 Doenças, lesões e acidentes Preexistentes

São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo segurado, antes da contratação do seguro e que seja de seu conhecimento.

29.15 Endosso

Documento emitido pela Seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o Segurado.

29.16 Estipulante

É a pessoa que contrata este seguro em proveito dos segurados, ficando investida dos poderes de representação destes perante a SEGURADORA, nos limites da legislação pertinente e das disposições contratuais.

29.17 Evento Coberto

É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

29.18 Franquia

É o período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura do Seguro.

29.19 Grupo Segurado

É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

29.20 Grupo Segurável

É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que preencham os demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais.

29.21 Indenização

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

29.22 Início de vigência

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

29.23 Prêmio

Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

29.24 Proposta de Contratação

Documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro, abrangendo, no caso de contratação ou renovação de apólices coletivas, tanto a proposta de adesão contratada formalizada pelo estipulante, como as propostas de adesão dos segurados individuais. Cotações e documentos como, mas não se limitando a e-mails, tabelas de Excel e ou notificações, emitidos e ou recebidos durante a fase de negociação de um contrato de seguro, não serão considerados como uma Proposta de Seguro.

29.25 Regime Financeiro de Repartição Simples

É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

29.26 Regulação e Liquidação de Sinistro

Processos que têm, respectivamente, por objetivo identificar as causas e os efeitos do fato comunicado pelo interessado e quantificar em dinheiro os valores devidos pela seguradora.

29.27 Segurados

Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro podendo ser subdivididos em:

29.27.1 Segurados Principais

São os que mantêm vínculo com o Estipulante, regularmente incluídos e aceitos no seguro.

29.27.2 Segurados Dependentes

São o cônjuge ou a(o) companheira(o) e os filhos do Segurado Principal regularmente incluídos no seguro.

29.27.2.1 São considerados filhos do Segurado Principal, **para fins deste seguro**, os seguintes dependentes econômicos:

I - o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

II - filho (a) ou enteado (a) universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, até 24 anos;

III - o menor pobre, de até 21 (vinte e um) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;

IV - o irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

V - irmão(ã), neto (a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 anos até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até 21 anos;

VI - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

29.28 Seguradora

É a sociedade seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo prêmio garante os riscos previstos no contrato.

29.29 Sinistro Coberto

Sinistro indenizável pelas coberturas efetivamente contratadas na apólice, ou seja, que se enquadre objetivamente na descrição da cobertura contratada, e desde que não incida qualquer hipótese de perda de direitos, riscos excluídos ou, ainda, prescrição.

29.30 Vigência

Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.