

APRESENTAÇÃO

- Apresentamos as Condições Gerais do seu Seguro 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-as cuidadosamente, principalmente os textos em destaque 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 sítio eletrônico www.susep.gov.br.

Condições Gerais – Versão Dezembro/2025

Acidentes Pessoais Coletivo – Processo SUSEP nº 005-00306/00.

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 2^a a 6^a 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.....	4
2.	CONCEITO DAS COBERTURAS	6
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	34
4.	CARÊNCIA.....	35
5.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	35
6.	DA VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA	36
7.	DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS	36
8.	DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS	37
9.	DA INCLUSÃO DE CÔNJUGE	40
10.	DA INCLUSÃO DE FILHOS.....	41
11.	BENEFICIÁRIOS.....	43
12.	CAPITAIS SEGURADOS	44
13.	CERTIFICADO INDIVIDUAL.....	45
14.	CUSTEIO DO SEGURO	45
15.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	45
16.	ATRASO NO PAGAMENTO DE PRÊMIO	49
17.	O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO	50
18.	ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS.....	50
19.	COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO DE SINISTROS	51
20.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	53
21.	CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL	72
22.	CANCELAMENTO DO SEGURO	72
23.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	73
24.	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	74
25.	DA DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS	75
26.	ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA.....	77
27.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	77
28.	DISPOSIÇÕES GERAIS	77
29.	PREScriÇÃO	78
30.	DO FORO	78
31.	CONCEITOS	78

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1 O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, desde que contratadas pelo Estipulante, **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 básicas e adicionais:

1.2.1 Coberturas Básicas:

- **MA – Morte Acidental**
- **IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**
- **IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente**

1.2.2 Coberturas Adicionais:

- **RIH– Renda de Internação Hospitalar por Acidente**
- **DIT – A – Diárias Temporárias por Incapacidade Total por Acidente**
- **DMHO - Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas**
- **AFT – Auxílio Funeral Titular –**

- **AFF – Auxílio Funeral Familiar –**
- **AF – Auxílio Funeral por Morte Acidental – Titular – Reembolso**
- **AFF – Auxílio Funeral por Morte Acidental – Familiar – Reembolso**
- **AF – Auxílio Funeral por Morte Acidental – Familiar com Pais – Reembolso**
- **AF – Auxílio Funeral por Morte Acidental – Familiar com Pais e Sogros – Reembolso**
- **AF – Auxílio Funeral Titular – Reembolso**
- **AF – Auxílio Funeral Familiar – Reembolso**
- **AF – Auxílio Funeral Familiar com Pais – Reembolso**
- **AF – Auxílio Funeral Familiar com Pais e Sogros – Reembolso-**
- **AA – Auxílio Alimentação**
- **QO – Quebra de Ossos**
- **MATC – Morte Acidental em Transporte Coletivo**
- **MAVP – Morte Acidental em Veículos Particulares, Taxis ou Pedestres**
- **IPA-TC – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Coletivo**
- **IPA-VP – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres**
- **AE – Auxílio Educação**
- **VITA – Verba por Incapacidade Temporária por Acidente**
- **AIPA – Auxílio Invalidez Permanente por Acidente**

1.3 Esse seguro prevê, ainda, a possibilidade de contratação das seguintes Cláusulas Suplementares:

- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – MA**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IPA**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IPTA**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – RIH**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DIT**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DMHO**
- **IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – MA**

- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – IPA
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – IPTA
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – RIH
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – DIT
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – DMHO
- IAF – Inclusão Automática de Filhos – MA
- IAF – Inclusão Automática de Filhos – RIH

1.4 O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Proposta de Seguro”, quais coberturas pretende contratar, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das básicas obrigatória, sendo as demais facultativas.

1.5 Para os 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 BÁSICAS

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 uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na **Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 2.1.2.11)**, 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 insusceptíveis 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.**

2.1.2.1 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.

2.1.2.2 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 e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

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 apresentada 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), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

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 sua perda total.

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 As indenizações previstas para as Coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela cobertura de Morte Acidental será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente.

2.1.2.10 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.

2.1.2.11 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
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos 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
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tibio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um 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 $\frac{1}{2}$, e dos demais dedos, equivalente a $\frac{1}{3}$ 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 IPTA - Invalidade Permanente Total por Acidente

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de perda ou impotência funcional definitiva, **total**, de membros ou órgãos, nas hipóteses estabelecidas no subitem 2.1.3.1, em virtude de lesão física causada por acidente 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 e do Contrato.**

2.1.3.1 Considera-se Invalidade Permanente Total por Acidente as ocorrências descritas abaixo:

- Perda total da visão de ambos os olhos
- Perda total do uso de ambos os membros superiores
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores
- Perda total do uso de ambas as mãos
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés
- Perda total do uso de ambos os pés
- Alienação mental total incurável

2.1.3.2 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.

2.1.3.3 A invalidade 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 invalidade e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

2.1.3.3.1 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.

2.1.3.4 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.

2.1.3.5 As indenizações previstas para as coberturas de Morte Acidental e Invalidade Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidade Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela Cobertura de Morte por Acidente será deduzida a importância já paga por Invalidade Permanente por Acidente.

2.2 ADICIONAIS

2.2.1 RIH – Renda de Internação Hospitalar por Acidente

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso da sua internação hospitalar decorrente **única e exclusivamente de acidente pessoal coberto em caráter estritamente emergencial, desde que as internações não sejam eletivas**, independente das despesas efetuadas pelo segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.1.1 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.

2.2.1.2 O valor de cada Diária será estabelecido no Contrato.

2.2.1.3 A Franquia desta cobertura será de até 02 (dois) dias. Assim, a indenização somente será devida após o período de franquia determinado no Contrato.

2.2.1.4 O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado a 180 dias de Internação(ões), consecutivas ou não, decorrente(s) de um mesmo Acidente Pessoal coberto, considerando o período de 12 (doze) meses de vigência do seguro individual.

2.2.2 DIT - Diárias Temporárias por Incapacidade Total por Acidente

Desde que contratada esta cobertura, no caso de Incapacidade Total, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, **por período superior a 15 dias**, de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, **causada única e exclusivamente por acidente pessoal devidamente coberto**, a Seguradora pagará ao Segurado, para cada dia de afastamento, o valor da diária contratado, **até o limite máximo de diárias estabelecido no contrato, exceto se decorrentes de riscos excluídos e observado o período de franquia bem como o disposto nestas Condições Gerais e no Contrato.**

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

- a) as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto;
- b) Ferimentos auto infligidos, temporária ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;
- c) Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos e suas consequências, exceto se decorrentes de um acidente pessoal coberto;
- d) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- e) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- f) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anatomopatológica ou exames complementares;
- g) Tratamento odontológico e ortodôntico;
- h) 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.

2.2.2.2 Caso o Segurado venha a falecer, seja por morte accidental, seja por morte natural, extinguir-se, imediatamente, a presente cobertura, não sendo devido qualquer pagamento referente a diárias temporárias por incapacidade total a partir da data do óbito.

2.2.2.3 O limite máximo de diárias, o valor e a forma de pagamento serão definidos no Contrato, sempre por ano de vigência para um ou mais sinistros ocorridos no mesmo período contratual.

2.2.2.3.1 O limite máximo de diárias para contratação será estipulado nas condições contratuais da apólice e não poderá ultrapassar 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, por evento, sendo que cada diária corresponderá a uma fração do valor da renda mensal contratada.

2.2.2.4 A franquia desta cobertura será de 15 (quinze) dias.

2.2.2.5 As diárias temporárias de incapacidade total serão devidas a partir do 16º, inclusive, da caracterização da incapacidade, comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico. A Seguradora reserva-se no direito de submeter o Segurado a realização de exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, caso o Segurado a tanto **se negue**.

2.2.2.6 Caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido por acidente, ficará automaticamente extinta a presente cobertura.

2.2.3 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**.

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

- a) as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto;
- b) Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- c) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- d) 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.

2.2.3.2 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.

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

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

2.2.3.5 A Seguradora reserva-se no direito de submeter o Segurado a realização de 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**.

2.2.4 AFT - Auxílio Funeral Titular

Desde que contratada, em caso de morte accidental do Segurado Principal devidamente cobertura, será indenizado a título de auxílio funeral o valor estabelecido no contrato para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato**.

2.2.5 AFF - Auxílio Funeral Familiar

Desde que contratada, em caso de morte accidental do Segurado Principal devidamente coberta, de seu cônjuge e/ou filhos, será indenizado a título de auxílio funeral o valor estabelecido no contrato para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato**.

2.2.6 AFF – Auxílio Funeral por Morte Acidental – Titular – Reembolso

Desde que contratada, em caso de morte accidental do Segurado Principal, garante o reembolso com as despesas devidamente comprovadas com funeral, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do Capital Segurado estabelecido no contrato para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato**.

2.2.6.1 O reembolso dessa cobertura se restringe aos itens indicados abaixo, limitado ao capital segurado contratado e mediante apresentação de notas fiscais originais.

- Urna Mortuária
- Carro para enterro (no município de moradia habitual do Beneficiário);
- Carreto / caixão (no município de moradia habitual do Beneficiário);
- Serviço Assistencial;
- Registro de óbito;

- Taxa de sepultamento ou cremação;
- Remoção do corpo (no município de moradia habitual);
- Paramentos;
- Aparelho de ozona;
- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório;
- Véu;
- Enfeite Floral e Coroas;
- Locação de Jazigo.

2.2.6.2 Esse seguro poderá prever a possibilidade de Assistência Funeral, limitado ao capital segurado contratado e desde que essa condição esteja determinada no Certificado de Seguro.

2.2.6.2.1 No caso da utilização da Assistência Funeral, a solicitação deve ser feita pelos telefones constantes no Certificado do Seguro, 24 horas por dia.

2.2.6.2.2 A Assistência Funeral não se acumula com o reembolso de despesas. Se utilizada a assistência funeral, não haverá reembolso de despesas.

2.2.6.3 Caso não seja acionada a Assistência Funeral e desde que caracterizada a cobertura, serão reembolsados os itens determinados na clausula **2.2.6.1**, mediante a apresentação de notas fiscais originais, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

2.2.7 AFF – Auxílio Funeral por Morte Acidental – Familiar – Reembolso

Desde que contratada, em caso de morte accidental do Segurado Principal, de seu cônjuge e/ou filhos, garante o reembolso com as despesas devidamente comprovadas com funeral, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do Capital Segurado estabelecido no contrato para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato**

2.2.7.1 O reembolso dessa cobertura se restringe aos itens indicados abaixo, limitado ao capital segurado contratado e mediante apresentação de notas fiscais originais.

- Urna Mortuária;
- Carro para enterro (no município de moradia habitual do Beneficiário);
- Carreto / caixão (no município de moradia habitual do Beneficiário));
- Serviço Assistencial;
- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento ou cremação;
- Remoção do corpo (no município de moradia habitual);
- Paramentos;
- Aparelho de ozona;
- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório;
- Véu;
- Enfeite Floral e Coroas;
- Locação de Jazigo.

2.2.7.2 Esse seguro poderá prever a possibilidade de Assistência Funeral, limitado ao capital segurado contratado e desde que essa condição esteja determinada no Certificado de Seguro.

2.2.7.2.1 No caso da utilização da Assistência Funeral, a solicitação deve ser feita pelos telefones constantes no Certificado do Seguro, 24 horas por dia.

2.2.7.2.2 A Assistência Funeral não se acumula com o reembolso de despesas. Se utilizada a assistência funeral, não haverá reembolso de despesas.

2.2.7.3 Caso não seja acionada a Assistência Funeral e desde que caracterizada a cobertura, serão reembolsados os itens determinados na clausula **2.2.7.1**, mediante a apresentação de notas fiscais originais, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

2.2.8 AFF – Auxílio Funeral por Morte Acidental – Familiar com Pais – Reembolso

Desde que contratada, em caso de morte accidental do Segurado Principal, de seu cônjuge, filhos, pai e mãe, garante o reembolso com as despesas devidamente comprovadas com funeral, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do Capital Segurado estabelecido no contrato para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato**

2.2.8.1 Serão considerados pais: pai e mãe, ascendentes em primeiro grau do segurado Principal.

2.2.8.2 O reembolso dessa cobertura se restringe aos itens indicados abaixo, limitado ao capital segurado contratado e mediante apresentação de notas fiscais originais.

- Urna Mortuária;
- Carro para enterro (no município de moradia habitual do Beneficiário);
- Carreto / caixão (no município de moradia habitual do Beneficiário));
- Serviço Assistencial;
- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento ou cremação;
- Remoção do corpo (no município de moradia habitual);
- Paramentos;
- Aparelho de ozona;
- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório;
- Véu;
- Enfeite Floral e Coroas;
- Locação de Jazigo.

2.2.8.3 Esse seguro poderá prever a possibilidade de Assistência Funeral, limitado ao capital segurado contratado e desde que essa condição esteja determinada no Certificado de Seguro.

2.2.8.3.1 No caso da utilização da Assistência Funeral, a solicitação deve ser feita pelos telefones constantes no Certificado do Seguro, 24 horas por dia.

2.2.8.3.2 A Assistência Funeral não se acumula com o reembolso de despesas. Se utilizada a assistência funeral, não haverá reembolso de despesas.

2.2.8.4 Caso não seja acionada a Assistência Funeral e desde que caracterizada a cobertura, serão reembolsados os itens determinados na clausula **2.2.8.2**, mediante a apresentação de notas fiscais originais, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

2.2.9 AFF – Auxílio Funeral por Morte Acidental – Familiar com Pais e Sogros – Reembolso

Desde que contratada, em caso de morte accidental do Segurado Principal, de seu cônjuge, filhos, pai, mãe, sogro e sogra, garante o reembolso com as despesas devidamente comprovadas com funeral, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do Capital Segurado estabelecido no contrato para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato**

2.2.9.1 Para efeitos de indenização, serão considerados:

- Pai e mãe: ascendentes em primeiro grau do segurado Principal;
- Sogros: Conjunto formado pelos pais do cônjuge/companheiro do segurado.

2.2.9.2 O reembolso dessa cobertura se restringe aos itens indicados abaixo, limitado ao capital segurado contratado e mediante apresentação de notas fiscais originais.

- Urna Mortuária
- Carro para enterro (no município de moradia habitual do Beneficiário);
- Carreto / caixão (no município de moradia habitual do Beneficiário));
- Serviço Assistencial;
- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento ou cremação;
- Remoção do corpo (no município de moradia habitual);

- Paramentos;
- Aparelho de ozona;
- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório;
- Véu;
- Enfeite Floral e Coroas;
- Locação de Jazigo.

2.2.9.3 Esse seguro poderá prever a possibilidade de Assistência Funeral, limitado ao capital segurado contratado e desde que essa condição esteja determinada no Certificado de Seguro.

2.2.9.3.1 No caso da utilização da Assistência Funeral, a solicitação deve ser feita pelos telefones constantes no Certificado do Seguro, 24 horas por dia.

2.2.9.3.2 **A Assistência Funeral não se acumula com o reembolso de despesas. Se utilizada a assistência funeral, não haverá reembolso de despesas.**

2.2.9.4 Caso não seja acionada a Assistência Funeral e desde que caracterizada a cobertura, serão reembolsados os itens determinados na clausula **2.2.9.2**, mediante a apresentação de notas fiscais originais, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

2.2.10 Auxílio Funeral Titular- Reembolso

Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, garante o reembolso com as despesas devidamente comprovadas com funeral, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do capital segurado estabelecido no contrato para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.10.1 O reembolso dessa cobertura se restringe aos itens indicados abaixo, limitado ao capital segurado contratado e mediante apresentação de notas fiscais originais.

- Urna Mortuária;
- Carro para enterro (no município de moradia habitual do Beneficiário);
- Carreto / caixão (no município de moradia habitual do Beneficiário));
- Serviço Assistencial;
- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento ou cremação;
- Remoção do corpo (no município de moradia habitual);
- Paramentos;
- Aparelho de ozona;
- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório;
- Véu;
- Enfeite Floral e Coroas;
- Locação de Jazigo.
- Enfeite Floral e Coroas;
- Locação de Jazigo.

2.2.10.2 Esse seguro poderá prever a possibilidade de Assistência Funeral, limitado ao capital segurado contratado e desde que essa condição esteja determinada no Certificado de Seguro.

2.2.10.2.1 No caso da utilização da Assistência Funeral, a solicitação deve ser feita pelos telefones constantes no Certificado do Seguro, 24 horas por dia.

2.2.10.2.2 A Assistência Funeral não se acumula com o reembolso de despesas. Se utilizada a assistência funeral, não haverá reembolso de despesas.

2.2.10.3 Caso não seja acionada a Assistência Funeral e desde que caracterizada a cobertura, serão reembolsados os itens determinados na cláusula **2.2.10.1**, mediante a apresentação de notas fiscais originais, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

2.2.11 Auxílio Funeral Familiar - Reembolso

Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, de seu cônjuge e/ou filhos, garante o reembolso com as despesas devidamente comprovadas com funeral, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do capital segurado estabelecido no contrato para esta cobertura **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.11.1 O reembolso dessa cobertura se restringe aos itens indicados abaixo, limitado ao capital segurado contrato e mediante apresentação de notas fiscais originais.

- Urna Mortuária;
- Carro para enterro (no município de moradia habitual do Beneficiário);
- Carreto / caixão (no município de moradia habitual do Beneficiário));
- Serviço Assistencial;
- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento ou cremação;
- Remoção do corpo (no município de moradia habitual);
- Paramentos;
- Aparelho de ozona;
- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório;
- Véu;
- Enfeite Floral e Coroas;
- Locação de Jazigo.

2.2.11.2 Esse seguro poderá prever a possibilidade de Assistência Funeral, limitado ao capital segurado contratado e desde que essa condição esteja determinada no Certificado de Seguro.

2.2.11.2.1 No caso da utilização da Assistência Funeral, a solicitação deve ser feita pelos telefones constantes no Certificado do Seguro, 24 horas por dia.

2.2.11.2.2 A Assistência Funeral não se acumula com o reembolso de despesas. Se utilizada a assistência funeral, não haverá reembolso de despesas.

2.2.11.3 Caso não seja acionada a Assistência Funeral e desde que caracterizada a cobertura, serão reembolsados os itens determinados na clausula **2.2.11.1**, mediante a apresentação de notas fiscais originais, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

2.2.12 Auxílio Funeral Familiar com Pais – Reembolso

Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, de seu cônjuge, filhos, pai e mãe, garante o reembolso com as despesas devidamente comprovadas com funeral, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do capital segurado estabelecido no contrato para esta cobertura **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.12.1 Serão considerados pais: pai e mãe, ascendentes em primeiro grau do segurado Principal.

2.2.12.2 O reembolso dessa cobertura se restringe aos itens indicados abaixo, limitado ao capital segurado contrato e mediante apresentação de notas fiscais originais.

- Urna Mortuária;
- Carro para enterro (no município de moradia habitual do Beneficiário);
- Carreto / caixão (no município de moradia habitual do Beneficiário));
- Serviço Assistencial;
- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento ou cremação;
- Remoção do corpo (no município de moradia habitual);
- Paramentos;
- Aparelho de ozona;
- Mesa de condolências;
- Velas;

- Velório;
- Véu;
- Enfeite Floral e Coroas;
- Locação de Jazigo.

2.2.12.3 Esse seguro poderá prever a possibilidade de Assistência Funeral, limitado ao capital segurado contratado e desde que essa condição esteja determinada no Certificado de Seguro.

2.2.12.3.1 No caso da utilização da Assistência Funeral, a solicitação deve ser feita pelos telefones constantes no Certificado do Seguro, 24 horas por dia.

2.2.12.3.2 A Assistência Funeral não se acumula com o reembolso de despesas. Se utilizada a assistência funeral, não haverá reembolso de despesas.

2.2.12.4 Caso não seja acionada a Assistência Funeral e desde que caracterizada a cobertura, serão reembolsados os itens determinados na clausula **2.2.12.2**, mediante a apresentação de notas fiscais originais, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

2.2.13 Auxílio Funeral Familiar com Pais e Sogros – Reembolso

Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, de seu cônjuge, filhos, pai, mãe, sogro e sogra, garante o reembolso com as despesas devidamente comprovadas com funeral, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do capital segurado estabelecido no contrato para esta cobertura **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato**.

2.2.13.1 Para efeitos de indenização, serão considerados:

- Pai e mãe: ascendentes em primeiro grau do segurado Principal;
- Sogros: Conjunto formado pelos pais do cônjuge/companheiro do segurado.

2.2.13.2 O reembolso dessa cobertura se restringe aos itens indicados abaixo, limitado ao capital segurado contrato e mediante apresentação de notas fiscais originais.

- Urna Mortuária;
- Carro para enterro (no município de moradia habitual do Beneficiário);
- Carreto / caixão (no município de moradia habitual do Beneficiário));
- Serviço Assistencial;
- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento ou cremação;
- Remoção do corpo (no município de moradia habitual);
- Paramentos;
- Aparelho de ozona;
- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório;
- Véu;
- Enfeite Floral e Coroas;
- Locação de Jazigo.

2.2.13.3 Esse seguro poderá prever a possibilidade de Assistência Funeral, limitado ao capital segurado contratado e desde que essa condição esteja determinada no Certificado de Seguro.

2.2.13.3.1 No caso da utilização da Assistência Funeral, a solicitação deve ser feita pelos telefones constantes no Certificado do Seguro, 24 horas por dia.

2.2.13.3.3 A Assistência Funeral não se acumula com o reembolso de despesas. Se utilizada a assistência funeral, não haverá reembolso de despesas.

2.2.13.3.4 Caso não seja acionada a Assistência Funeral e desde que caracterizada a cobertura, serão reembolsados os itens determinados na clausula **2.2.13.2**, mediante a apresentação de notas fiscais originais, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

2.2.14 AA – Auxílio Alimentação

Desde que contratada, em caso de morte accidental do Segurado devidamente coberta, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura a título de auxílio alimentação, conforme estabelecido no contrato para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.14.1 Esse seguro poderá prever a possibilidade de Cartão Alimentação ou Cesta Alimentação, desde que essa condição esteja determinada no Contrato de Seguro, limitado ao capital segurado contratado.

2.2.14.2 O Cartão Alimentação ou Cesta Alimentação não se acumula com a indenização da cobertura. Se solicitado o cartão alimentação ou Cesta Alimentação, não haverá a indenização.

2.2.14.3 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.

2.2.15 QO – Quebra de Ossos

Desde que contratada, em caso de Fratura de Ossos do Segurado em consequência de um acidente pessoal ocorrido durante ao período de vigência do Seguro, garante o Capital Segurado para os diversos tipos de fraturas, incluídas nesta cobertura, serão de acordo com os percentuais demonstrados abaixo, aplicados sobre o valor do Capital Segurado, definido para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente.

Ossos Fraturados	%Sobre a Importância Segurada
Quadril, Pelve e Pescoço	10%
Crânio e Omoplata	10%
Fêmur, Clavícula e Esterno	10%
Úmero, Patela e Cotovelo	10%
Antebraço, Perna e Mandíbula	10%
Pulso, Malar, Tornozelo, Mãos e Pés	10%
Vértebra e Costelas	10%

2.2.15.1 Definições de Fraturas

- **Fratura Completa:** fratura cujo osso tenha rompido de uma extremidade até a outra;
- **Fratura Múltipla:** mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso;
- **Fratura Complexa:** fratura exposta (quanto os tecidos moles sobrejacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior) ou fratura que tenha afetado seriamente a função de um órgão;
- **Fratura de Colles:** fratura no osso rádio em nível do pulso;
- **Fratura de Dedos:** no mínimo fratura de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo Segurado em um mesmo evento.

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

- a) **Fratura de Ossos em consequência de osteoporose (porosidade no osso causada por perda de proteína);**
- b) **Fraturas patológicas, entendidas como aquelas nas quais um osso é quebrado através de uma área enfraquecida por uma doença, por um grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tais como tumores ósseos, metástases ósseas e doenças do metabolismo.**

2.2.16 MATC – Morte Acidental em Transporte Coletivo

Desde que contratada, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer à morte do Segurado **exclusivamente** em decorrência de causas accidentais e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado for passageiro, em algum tipo de transporte coletivo, fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas por terra, água ou ar, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas desta Condição Geral e do Contrato.**

2.2.16.1 É considerado transporte coletivo qualquer aeronave, ônibus, trem, navio, metrô ou qualquer outro tipo de transporte público mediante pagamento de passagens, sendo este transporte fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

2.2.16.2 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.

2.2.17 MAVP – Morte Acidental em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres

Desde que contratada, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer à morte do Segurado **exclusivamente** em decorrência de causas accidentais e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado for ocupante de táxi ou veículo particular, ou enquanto o Segurado estiver na condição de pedestre e for atingido ou atropelado por qualquer tipo de veículo motorizado, seja coletivo ou particular, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas desta Condição Geral e do Contrato.**

2.2.17.1 É considerado **veículo particular** qualquer veículo terrestre motorizado de quatro ou mais rodas não enquadradas na categoria de transporte coletivo. **Transporte Coletivo** é considerado qualquer aeronave, ônibus, trem, navio, metrô ou qualquer outro tipo de transporte público mediante pagamento de passagens, sendo este transporte fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

2.2.17.2 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.

2.2.18 IPA-TC – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Coletivo

Desde que contratado, tem por objetivo garantir ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na **Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 2.1.2.11)**, 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 **por causas accidentais e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado for passageiro**, em algum tipo de transporte coletivo, fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas por terra, água ou ar, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato.**

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

2.2.18.2 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 apresentada 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), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

2.2.18.3 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.

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

2.2.18.5 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.

2.2.18.6 A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente total ou parcial por acidente em transporte coletivo.

2.2.18.7 As indenizações previstas para as Coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Coletivo não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Coletivo, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela cobertura de Morte Acidental será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Coletivo.

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

2.2.19 IPA-VP – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres.

Desde que contratado, tem por objetivo garantir ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na **Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 2.1.2.11)**, 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 **por causas accidentais e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado for ocupante de táxi ou de algum tipo de veículo particular ou for atingido ou atropelado por qualquer tipo de veículo motorizado, seja coletivo ou particular, exceto se decorrente de riscos excluídos observados as demais cláusulas destas Condições e do Contrato.**

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

2.2.19.2 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 apresentada 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), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

2.2.19.3 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.

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

2.2.19.5 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.

2.2.19.6 A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente total ou parcial por acidente em veículos particulares, táxis ou pedestres.

2.2.19.7 As indenizações previstas para as Coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela cobertura de Morte Acidental será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres.

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

2.2.20 AE – Auxílio Educação

2.2.20.1 Desde que contratada, em caso de morte do Segurado Principal em decorrência de acidente, será indenizado ao beneficiário, a título de auxílio com as despesas de educação dos filhos, o valor estabelecido no contrato para esta cobertura, através de parcela única. **Esse valor não será deduzido da Indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.**

2.2.20.2 São considerados filhos do Segurado Principal para fins desta cobertura, os dependentes econômicos conforme previsto no item 10 (dez) destas Condições Gerais.

2.2.20.2.1 Será considerado para efeito de indenização desta Cobertura o valor único estabelecido no contrato independentemente da quantidade de filhos do Segurado, sendo necessária a comprovação da existência de apenas 1 (um) filho.

2.2.21 VITA – Verba por Incapacidade Temporária por Acidente

Desde que contratada esta cobertura, no caso de Incapacidade Total, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, **por período superior a 30 dias**, por evento, de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, **causada única e exclusivamente por acidente pessoal devidamente coberto**, a Seguradora pagará ao próprio segurado, uma verba **até o limite máximo estabelecido no contrato, exceto se decorrente de riscos excluídos observados as demais cláusulas destas Condições e do Contrato**.

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

- a) Acidentes ou doenças diagnosticadas em data anterior ao início de vigência da apólice;
- b) Lesão por esforço repetitivo (L.E.R) e distúrbios osteo-musculares crônicos relacionados ao trabalho (DORT) e fibromialgia;
- c) Doenças crônicas diagnosticadas como: artrite reumatoide, osteoartrose, as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, dorsalgias e cervicalgias;
- d) Ferimentos auto infligidos, de caráter temporário ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;
- e) Lesões ou sequelas decorrentes da tentativa de suicídio ocorridas nos 2 (dois) primeiros anos de cobertura da apólice;
- f) Doenças psiquiátricas ou mentais quaisquer que sejam as suas causas;
- g) Tratamento para dependentes químicos por drogas proibidas ou álcool, desde que a causa seja tão somente esta ou juntamente com outra doença excluída neste contrato de seguro;
- h) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);
- i) Quaisquer tratamentos por motivos de senilidade;
- j) Tratamento para doenças degenerativas em geral como, Mal de Parkinson e Mal de Alzheimer, não limitadas à estas;
- k) Tratamento que vise o combate à para obesidade em suas várias modalidades, exceto se por tratamento cirúrgico;
- l) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anatomopatológica ou exames complementares;

- m) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- n) Gravidez, parto e suas consequências, exceto quando houver complicações decorrentes de acidente;
- o) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- p) Abortos provocados ou não, e as suas consequências, exceto quando desencadeado por acidente pessoal;
- q) Epidemias e pandemias, declaradas por órgão ou autoridade competente;
- r) Atos ilícitos dolosos ou contrários à lei, que acarretem lesões ou sequelas;
Acidentes provocados por segurados não habilitados, em veículos ou embarcações motorizadas;
- s) 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.

2.2.21.2 O valor e a forma de pagamento serão definidos no Contrato, sempre por ano de vigência para um ou mais sinistros ocorridos no mesmo período contratual.

2.2.22 AIPA – Auxílio Invalidez Permanente por Acidente

2.2.22.1 Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura, prestação de serviços, ou reembolso de despesas para adaptação de itens à escolha do segurado, 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.**

2.2.22.2 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.

2.2.22.3 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.

2.2.22.4 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.

2.2.22.5 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.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos excluídos determinados nas coberturas, estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto;
- b) 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;
- c) 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;
- d) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- e) de doenças ou acidentes preexistentes à contratação do seguro não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;
- f) da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de um ou de outro de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- g) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados do início de vigência individual do seguro ou da

solicitação de aumento de capital segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante;

- h) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de transportes mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- j) sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios;
- k) epidemias, endemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- l) 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;
- m) 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 dois anos ininterruptos.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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 (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Auxílio Funeral Titular –, Auxílio Funeral Familiar, Auxílio Funeral por Morte Acidental – Titular – Reembolso, Auxílio Funeral por Morte Acidental – Familiar – Reembolso, Auxílio Funeral por Morte Acidental – Familiar com Pais – Reembolso, Auxílio Funeral por Morte Acidental – Familiar com Pais e Sogros – Reembolso, Auxílio Funeral Titular – Reembolso, Auxílio Funeral Familiar – Reembolso, Auxílio Funeral Familiar com Pais – Reembolso, AF – Auxílio Funeral Familiar com Pais e Sogros – Reembolso, Quebra de Ossos (QO), Morte Acidental em Transporte Coletivo, Morte Acidental por Acidente em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Veículos Transporte Coletivo, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres, Auxílio Educação (AE) e Auxílio Invalidez Permanente por Acidente (AIPA).

5.2 Para as coberturas de Diária por Incapacidade Temporária (DIT), Renda de Internação Hospitalar (RIH) e Verba por Incapacidade Temporária por Acidente (VITA), 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.

6. DA VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA

6.1 A apólice mestra vigerá a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no contrato, podendo ser renovada 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 Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuênciam prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado.

7. DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

7.1 O início e término da vigência individual dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas no Certificado.

7.2 A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

7.3 Caso não haja pagamento de prêmio quando do protocolo da Proposta de Adesão, 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.

7.4 Os seguros individuais vigerão enquanto vigorar a apólice mestra, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do contrato individual previsto nestas Condições Gerais.

7.5 No caso de não renovação da apólice mestra, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final de vigência da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.

7.6 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 E INCLUSÃO DE SEGURADOS

8.1. A aceitação, deste seguro será precedida da análise do risco pela Seguradora, com base nas informações fornecidas na Proposta de Seguro e no Questionário de Avaliação de Risco.

8.2. 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.

8.3. 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

8.4. A Proposta de Seguro e o Questionário fazem parte integrante deste Contrato de Seguro, uma vez que contém todas as informações essenciais à avaliação e Aceitação do Risco pela Seguradora.

8.5. 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.

8.6. 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.

8.7. 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.

8.8. 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.

8.9. 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.

8.9.1. Risco normalmente não subscrito é aquele que vai contra as regras da política de aceitação da Seguradora

8.9.2. 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.

8.10. 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.

8.11. 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.**

8.12. A Seguradora tem o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a aceitação ou não da Proposta de Seguro, Proposta de Adesão dos Proponentes e Questionários de Saúde, contados a partir da data de recebimento da referida proposta. Nos casos em que a Seguradora indicar a necessidade de esclarecimentos, documentos, novo questionário, apresentação de exames, entre outros, este prazo terá novo início, passando a ser contado a partir do momento em que forem atendidas as solicitações complementares.

8.13. A solicitação de esclarecimentos, documentos, novo questionário, ajuste de questionário, apresentação de exames, entre outros, poderá ser realizada quantas vezes se fizer necessário, à critério da Seguradora.

8.14. 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.

8.15. 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.**

8.16. No caso de não aceitação da Proposta de Seguro, a Seguradora comunicará formalmente ao Proponente, ou seu representante legal.

8.17. Será estabelecida na Proposta de Contratação a quantidade mínima de segurados necessária para a aceitação de Seguro.

8.18. Poderão ser incluídos no presente seguro, as pessoas pertencentes ao grupo segurável que atendam às condições de aceitação estabelecidas na Proposta de Contratação.

8.19. Havendo expressa convenção da Proposta de Contratação, poderão ser incluídos no seguro aposentados e afastados do serviço.

8.20. A Proposta de Adesão deverá ser preenchida de próprio punho pelo proponente ou responsável legal, documento em que constará cláusula em que o proponente declarará ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

9. DA INCLUSÃO DE CÔNJUGE

9.1 O Contrato deste seguro poderá prever e regular a inclusão, automática ou facultativa, dos cônjuges dos Segurados Principais que estejam em boas condições de saúde, na qualidade de Segurados Dependentes.

9.2 Contratada a inclusão de cônjuge e pago o prêmio adicional, a morte deste, desde que coberta, garante ao Segurado Principal o pagamento de uma indenização no valor do Capital Segurado contratado para esta cláusula suplementar, **observado os riscos excluídos, as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

9.2.1. **O Capital Segurado do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal.**

9.3 O Estipulante deverá informar quais as coberturas que pretende adotar para esta Cláusula Suplementar, observadas as opções indicadas abaixo, conforme convencionado no Contrato e desde que essas coberturas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal.

- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges - MA
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges - IPA
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IPTA
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – RIH
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DIT
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DMHO
- IAC – Inclusão Facultativa de Cônjuges - MA
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges - IPA
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – IPTA
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – RIH
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – DIT
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – DMHO

9.4 A inclusão de cônjuge será automática quando abranger os cônjuges de todos os Segurados Principais, independentemente de solicitação.

9.5 A inclusão facultativa de cônjuge estará condicionada à solicitação do Segurado Principal e aceitação da Seguradora, além do pagamento de prêmio adicional.

9.6 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.

9.7 Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge, nos casos em que se exigir declaração pessoal de saúde.

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

9.8.1 No caso previsto no subitem anterior (9.8) e na modalidade de cônjuge facultativo, os eventuais prêmios pagos serão devolvidos atualizados monetariamente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística desde a data de pagamento até a sua efetiva restituição.

10. DA INCLUSÃO DE FILHOS

10.1 O Contrato deste seguro poderá prever e regular a inclusão automática dos filhos do Segurado Principal.

10.1.1 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 do segundo grau, até 24 (vinte e quatro) 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), anos 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 (vinte e um) anos até 24 (vinte e quatro) 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 24 (vinte e quatro) anos.

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

10.2 Contratada a inclusão automática de filhos, a morte deste, desde que coberta, garante ao Segurado Principal o pagamento de uma indenização no valor do Capital Segurado contratado para esta cláusula suplementar, **observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

10.2.1. O Capital Segurado dos filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal

10.3 O Estipulante deverá informar quais as coberturas que pretende adotar para esta Cláusula Suplementar, observadas as opções indicadas abaixo, conforme convencionado no Contrato e desde que essas coberturas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal.

- IAF – Inclusão Automática de Filhos – MA
- IAF – Inclusão Automática de Filhos – RIH

10.4. 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.

10.5 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.

11. BENEFICIÁRIOS

11.1 Indicação

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

11.2 Alteração de Beneficiários

O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

11.2.1 Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

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

11.2.3 A seguradora não cientificada da substituição será exonerada pagando ao antigo beneficiário.

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

11.4 No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Diária Temporária por Incapacidade Total por Acidente (DIT), Renda de Internação Hospitalar por Acidente (RIH)e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Quebra de Ossos (QO), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Coletivo Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres, Verba por Incapacidade Temporária por Acidente (VITA) e Auxílio Invalidez Permanente por Acidente (AIPA), previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

11.4.1 No caso das coberturas de Auxílio Funeral por Morte Acidental – Titular – Reembolso e Auxílio Funeral Titular – Reembolso, previstas nestas Condições Gerais, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

11.5 Beneficiários dos Segurados Dependentes

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

Para as demais coberturas oferecidas ao Segurado Dependente na condição de cônjuge, o beneficiário será sempre o próprio Segurado Dependente.

11.5.1 Para a cobertura de Renda de Internação Hospitalar (RIH) oferecida ao Segurado Dependente classificado como filho, observadas as cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato, o beneficiário será sempre o Segurado Principal.

11.5.2 Em caso de morte devidamente coberta do Segurado dependente das coberturas de

Auxílio Funeral por Morte Acidental – Familiar – Reembolso, Auxílio Funeral por Morte Acidental – Familiar com Pais – Reembolso, Auxílio Funeral por Morte Acidental – Familiar com Pais e Sogros – Reembolso, Auxílio Funeral Titular – Reembolso, Auxílio Funeral Familiar – Reembolso, Auxílio Funeral Familiar com Pais – Reembolso, AF – Auxílio Funeral Familiar com Pais e Sogros – Reembolso, o beneficiário será o Segurado Principal.

11.6 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. CAPITAIS SEGURADOS

12.1 Os Capitais Segurados deverão ser definidos na forma estabelecida no Contrato.

12.2 Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos para cada cobertura vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

12.3 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

- a) nas Coberturas de Morte Acidental (MA) e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Auxílio Funeral Titular (AFT), Auxílio Funeral Familiar (AFF), Auxílio Funeral por Morte Acidental – Titular – Reembolso, Auxílio Funeral por Morte Acidental – Familiar – Reembolso, Auxílio Funeral por Morte Acidental – Familiar com Pais – Reembolso, Auxílio Funeral por Morte Acidental – Familiar com Pais e Sogros – Reembolso, Auxílio Alimentação (AA), Quebra de Ossos (QO), Morte Acidental em Transporte Coletivo (MATC), Morte Acidental por Acidente em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres (MAVP), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Coletivo (IPA-TC),

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres (IPA-VP), Auxílio Educação (AE) e Auxílio Invalidez Permanente por Acidente (AIPA), a data do acidente;

- b) nas coberturas de Auxílio Funeral Titular – Reembolso, Auxílio Funeral Familiar – Reembolso, Auxílio Funeral Familiar com Pais – Reembolso e Auxílio Funeral Familiar com Pais e Sogros – Reembolso, a data do falecimento;
- c) na Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (DIT), a data do afastamento;
- d) na Cobertura de Renda de Internação Hospitalar por Acidente (RIH), a data da internação;
- e) na Cobertura de Verba por Incapacidade Temporária por Acidente, a data do afastamento.

13. CERTIFICADO INDIVIDUAL

13.1 No início de cada vigência e a cada renovação subsequente do contrato será encaminhado pela Seguradora um Certificado Individual a cada Segurado Principal, contendo os seguintes elementos mínimos:

- a) Data do início e término do seguro individual **do Segurado Principal e seus dependentes**;
- b) Capitais Segurados de cada Cobertura;
- c) Valor do prêmio total.

14. CUSTEIO DO SEGURO

14.1 Conforme disposto no Contrato, o custeio do seguro pode ser:

14.1 Não-Contributário – quando o prêmio for pago exclusivamente através de recursos do estipulante, sem a participação do Segurado.

14.2 Contributário - quando os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

15.1 A forma de pagamento, bem como o valor e critério de atualização do prêmio será estabelecido no Contrato.

15.2 Tanto em relação aos prêmios individuais como em relação ao prêmio total, deve-se observar o disposto nos subitens abaixo:

15.2.1 Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento integral do prêmio 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.

15.2.2 A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da apólice mestra, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento do Prêmio.

15.3 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de Prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela SEGURADORA e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do Prêmio de cada Segurado.

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

15.5 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.

15.6 Nos seguros contributários, desde que tenham sido recebidos pelo Estipulante os prêmios individuais, ainda que este não tenha repassado para a Seguradora, a mesma ficará responsável pelo pagamento de indenizações que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento da apólice mestra, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal do Estipulante.

15.7 Quando a forma de cobrança do prêmio for a de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice mestra, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício, cancelamento do seguro individual ou mediante pedido do Segurado Principal.

15.8 Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.

15.9 Os prêmios das apólices com vigências anuais poderão ser pagos a vista, mensal ou fracionados em até 07 (sete) parcelas conforme acordado com o Estipulante.

15.10 Caso o plano preveja o fracionamento do prêmio, o critério adotado será o seguinte:

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

15.10.2 Deverá ser garantida ao Estipulante, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

15.10.3 Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada no mínimo a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL	RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

15.10.4 Para percentuais não previstos no **subitem 15.10.3.**, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

15.10.5 A Seguradora deverá informar ao Estipulante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme **subitem 15.10.3.** acima.

15.10.6 Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescido de multa e juros de mora conforme critério previsto na proposta de seguro e condições contratuais da apólice, dentro do novo prazo de vigência ajustado, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice.

15.10.7 Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no **subitem 15.10.3.**, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, a Seguradora operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

15.10.8 No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua vigência, sendo vedada a cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão em caso de restabelecimento do contrato.

15.11 O disposto no subitem **15.10.** e seus subitens não se aplica aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

15.12 **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.**

15.12.1 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 prazo curto prevista no subitem **15.10.3**, além dos emolumentos.

16. ATRASO NO PAGAMENTO DE PRÊMIO

16.1 Data do vencimento da parcela do prêmio anterior ao período de cobertura:

Nesses casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará a suspensão imediata de todas as coberturas, a partir da data do início do período de cobertura da respectiva parcela pendente, perdendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer Capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

16.1.1 Quando suspensa a cobertura do seguro, seja da apólice mestra, sejam as coberturas individuais, poderá ser reabilitado, **por uma única vez**, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela do prêmio mensal subsequente à parcela em atraso, **respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da referida parcela**.

16.1.2 Data do vencimento da parcela do prêmio durante ou após o período de cobertura:

Nesses casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará a cobrança da parcela do prêmio conforme a lei permitir. Esta situação não acarretará a suspensão das coberturas, mantendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.

16.2 A Seguradora enviará ao Segurado, ou, se o caso, 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**.

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

16.4 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.

16.5 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.

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

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

16.8 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.

17. O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO

17.1 O Segurado/Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado da suspensão das coberturas e que após 90 (noventa) dias de suspensão, o seguro será cancelado.

17.2 Quando houver suspensão de coberturas, somente será admitida uma única reabilitação.

17.3 Ainda que seja feito o pagamento da parcela subsequente à parcela em aberto, não afastará a suspensão das garantias e o consequente cancelamento da apólice.

18. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

18.1 Para os seguros com vigência superior a 01 (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 no mês de aniversário do seguro, ou no menor espaço de tempo que a lei vier a permitir.

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

18.3 O Contrato poderá estabelecer ainda que, no caso de capital segurado múltiplo salarial, o valor do capital segurado e dos prêmios poderá ser alterado segundo a variação do salário ou provento do Segurado Principal.

19. COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 19.1** 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.
- 19.2** 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.
- 19.3** **O Segurado, ou quem suas vezes fizer, deverá entregar à Seguradora, com a devida diligência, os documentos básicos e elementos necessários por ela solicitados.**
- 19.3.1** 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.
- 19.3.2** 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.
- 19.3.3** **Os arquivos podem ser enviados apenas nos seguintes formatos: pdf, jpg, png, bmp, avi, mpg, mp4 ou mpeg.**
- 19.4** 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.
- 19.5** 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.
- 19.6** 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.

- 19.6.1** 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.
- 19.6.2** 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.
- 19.6.3** Porém, nos sinistros em que a importância segurada não exceder o correspondente a 500 (quinhetas) vezes o salário-mínimo vigente, o prazo de manifestação sobre a cobertura só poderá ser suspenso 1 (uma) vez.
- 19.6.4** 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.
- 19.7** 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.
- 19.8** Entende-se por motivação, a indicação do fundamento legal e/ou contratual da negativa.
- 19.9** 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.
- 19.10** 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.
- 19.11** 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.
- 19.12** 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.

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

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

20.1.1 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.

20.1.2 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**.

20.1.3 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 20.1**, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.

20.1.4 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.

20.1.5 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.

20.1.6 Em caso de descumprimento do prazo estipulado no **subitem 16.1** 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.

20.2 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.

20.3 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 19 e 20 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

20.3.1 Para a Cobertura de Morte Acidental:

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 acionado 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 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) 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 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;
- d) *Na ausência deste documento ou se por qualquer motivo não Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- e) prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art.1829 do Código Civil;
- f) 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 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;
- c) 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);

- 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 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.

20.3.2 Para as Coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Coletivo ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Veículos Particulares, Táxis ou Pedestres:

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 vaso 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 Admisional;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Atestado de Saude Ocupacional (ASO) do médico do trabalho informando sobre a aptidão do funcionário para retorno as suas atividades laborativas, levando em consideração o acidente sofrido;
- d) 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) Croqui do local do Acidente;
- d) Declaração de atendimento/resgate do SAMU, ou órgão responsável pelo socorro da vítima;
- e) Exame de Corpo Delito (IML);

- f) Exames de diagnóstico e imagem, que evidenciem a sequela deixada pelo acidente (data do evento e atual). Ex.: Radiografias, Ressonância magnética, Tomografia, Eletroneuromiografia, entre outros;
- g) 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;
- h) Prontuário hospitalar completo do atendimento inicial, bem como de todos os atendimentos e tratamentos realizados, como cirurgias/internações devidamente emitido pelo hospital que foi atendido/socorrido/tratado;
- i) 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 a 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;
- j) 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 vaso de não constar em outro documento de identificação);
 - ✓ Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do tutor.

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

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) Formulário da Seguradora para solicitação de reembolso, devidamente preenchido e assinado;
- e) 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 (em casos de acidentes que não sejam relacionados ao trabalho);
- b) CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza do atendimento, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados;
- d) Nota fiscal e/ou recibos de pagamento dos atendimentos, procedimentos e/ou medicamentos, acompanhado das devidas prescrições médicas;
- e) Prescrição médica com solicitações de exames e/ou procedimentos;
- f) Prescrição médica de medicamentos;
- g) Prontuário hospitalar com histórico de cirurgia;
- h) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores em que deve constar o nome do Segurado e nome do responsável pelo pagamento das despesas juntamente com os pedidos médicos dos procedimentos realizados. Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal original o procedimento realizado conforme tabela da A.M.B.;
- i) 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

20.3.4 Para a Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente:

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) Comprovantes de renda (holerite da data do evento);
- c) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- d) Empregador com vínculo empregatício: carteira profissional com as páginas inicial, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedida pelo INSS, quando for o caso.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Atestados emitidos pelo médico assistente informando o período de afastamento;
- b) Boletim de ocorrência (em casos de acidentes que não sejam relacionados ao trabalho);
- c) Carta de Concessão do INSS (afastamento);

- d) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- e) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza do afastamento, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem informações do período de afastamento;
- f) Relatório médico atestando a causa e comprovando o grau e o período do afastamento;
- g) 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 (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

Importante: Quando os documentos e relatos apresentados gerarem dúvida fundada e justificável para definir a data do evento, solicitaremos ao Segurado uma declaração detalhada do acidente. Referida declaração deverá ser assinada por 02 testemunhas isentas. Não se aceitará como testemunhas pessoas do mesmo local de trabalho do Segurado/família.

20.3.5 Para a cobertura de Renda de Internação Hospitalar por Acidente:

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) 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 (em casos de acidentes que não sejam relacionados ao trabalho);
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo do Exame de Corpo de Delito (IML);

- d) Declaração do hospital em papel timbrado, com informações do período de internação (data inicial até a alta médica hospitalar), com informações da causa e procedimentos realizados;
- e) Relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justifiquem a internação do Segurado e que conste o aviso de alta médica;
- f) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

Nota: A Seguradora poderá solicitar auditoria no estabelecimento hospitalar, a fim de elucidar os fatos, desde que haja dúvida fundada e justificável.

IV. Para indenização:

- a) 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).

20.3.6 Para a cobertura de Auxílio Alimentação:

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 acionado 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 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) 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 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;
- b) *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;
- c) CPF dos beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- d) Declaração de beneficiários assinada pelo próprio segurado na contratação;
- e) *Na ausência deste documento ou se por qualquer motivo não Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- f) prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art.1829 do Código Civil;
- g) 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 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;
- c) 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);
- 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.

20.3.7 Para as coberturas de Auxílio Funeral:

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 acionado 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.

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) 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) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a causa morte, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

IV. Para indenização:

- a) 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).

20.3.8 Para as coberturas de Auxílio Funeral – Reembolso de Despesas:

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 acionado 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 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) 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 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;

- I) Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima.

IV. 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) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, onde deve constar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas;
- c) 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.

20.3.9 Para a Cobertura de Quebra de Ossos:

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) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Atestados emitidos pelo médico assistente informando o período de afastamento;
- b) Boletim de ocorrência (em casos de acidentes que não sejam relacionados ao trabalho);
- c) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- d) Laudo pericial do local do acidente se houver;
- e) Relatório do Médico Assistente, atestando a fratura, anexando os exames realizados pelo Segurado, incluindo radiografia, e indicando a data do evento;
- f) Evidências radiológicas das fraturas e prontuário médico do primeiro atendimento;
- g) 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 (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

20.3.10 Para a Cobertura de Auxílio Educação:

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado) e do(s) filho(s);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (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) 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) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a causa morte, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

IV. Para indenização:

- a) 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).

20.3.11 Para a Cobertura Adicional de Verba por Incapacidade Temporária por Acidente

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) Comprovantes de renda (holerite da data do evento);
- c) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- d) Empregador com vínculo empregatício: carteira profissional com as páginas inicial, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedida pelo INSS, quando for o caso.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Atestados emitidos pelo médico assistente informando o período de afastamento;
- b) Boletim de ocorrência (em casos de acidentes que não sejam relacionados ao trabalho);
- c) Carta de Concessão do INSS (afastamento);
- d) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- e) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza do afastamento, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem informações do período de afastamento;
- f) Relatório médico atestando a causa e comprovando o grau e o período do afastamento;
- g) 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 (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

Importante: Quando os documentos e relatos apresentados gerarem dúvida fundada e justificável para definir a data do evento, solicitaremos ao Segurado uma declaração detalhada do acidente. Referida declaração deverá ser assinada por 02 testemunhas isentas. Não se aceitará como testemunhas pessoas do mesmo local de trabalho do Segurado/família.

20.3.12 Para a Cobertura Adicional de Auxílio Invalidez Permanente por Acidente:

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 vaso 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 do empregado e Exame Admisional;
- b) Atestado de Saude 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;
- d) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- e) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

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) Croqui do local do Acidente;
- d) Declaração de atendimento/resgate do SAMU, ou órgão responsável pelo socorro da vítima;
- e) Exame de Corpo Delito (IML);
- f) Exames de diagnóstico e imagem, que evidenciem a sequela deixada pelo acidente (data do evento e atual). Ex.: Radiografias, Ressonância magnética, Tomografia, Eletroneuromiografia, entre outros;

- g) 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;
- h) Prontuário hospitalar completo do atendimento inicial, bem como de todos os atendimentos e tratamentos realizados, como cirurgias/internações devidamente emitido pelo hospital que foi atendido/socorrido/tratado;
- i) 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 a 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;
- j) 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 vaso de não constar em outro documento de identificação);
 - ✓ Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do tutor.

20.4 Junta Médica

20.4.1 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.

20.4.1.1 A junta médica será constituída por 03 (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.

20.4.1.2 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.

20.4.2 Perícia da Seguradora

20.4.2.1 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.

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

20.4.2.3 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 resarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

21. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

21.1 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 o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da apólice mestra.

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

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

22. CANCELAMENTO DO SEGURO

22.1 A apólice Mestra será cancelada:

22.1.1 por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuênciam prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo Segurado, respeitando o aviso prévio de 60 (sessenta) dias.

23. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

23.1 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, nas seguintes hipóteses:

- a) **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.**

23.2 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.**

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

- a) **Ciente do agravamento, a seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de prêmio;**
- b) **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;**
- c) **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.**

23.4 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.

23.5 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.

- 23.6** 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.
- 23.7** 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.
- 23.8** 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.
- 23.9** 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.
- 23.10** For omissso ou inerte quanto a entrega de documentos solicitados pela Seguradora, culminando na inconclusão do procedimento de regulação e liquidação de sinistros.
- 23.11** 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.

24 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1 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;

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.

24.2 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 anuênciia 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.

25 DA DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

25.1 Desde que estabelecido no Contrato, ao final de cada vigência da apólice e depois de pagas todas as faturas do período serão apurado o excedente técnico da apólice, destinando-se **um percentual** do resultado obtido ao Estipulante, ou, no caso de seguro contributário, aos Segurados. O resultado ou excedente técnico é o excesso, porventura existente da receita sobre a despesa. Para fins da apuração do resultado técnico consideram-se no mínimo os itens abaixo estabelecidos. Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídas na apuração de excedente técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante:

25.1.1 Como Receita para fins de apuração dos resultados técnicos:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR) do período anterior;
- d) Recuperação de sinistros em resseguro.

25.1.2 Como Despesa para os mesmos fins:

- a) As comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) As comissões de administração (Pró-Labore) pagas durante o período;
- c) As comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d) Valor total de sinistros ocorridos em qualquer época e avisados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- e) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR), considerando-se para tal um percentual sobre os prêmios ou sinistros de competência do período conforme acordado com o Estipulante;
- f) Saldo negativo dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- g) As despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante;
- h) Prêmios de resseguro;
- i) Os seguintes tributos: PIS, COFINS, IR e CSLL.
- j) Despesas de Marketing
- k) Valor total das despesas de desenvolvimento, confecção e envio de quaisquer materiais a serem fornecidos aos Segurados; e,
- l) Valor total das despesas com Assistências.

25.1.3 As Receitas e Despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) O respectivo dia de pagamento para Prêmio e Comissões;
- b) O dia do aviso à Seguradora, para os Sinistros;
- c) A data da última apuração, para os Saldos Negativos anteriores;
- d) As datas em que incorreram, para as despesas de administração.

A apuração do resultado far-se-á após o término de vigência da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação.

26 ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

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

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

26.2 Qualquer modificação da apólice em vigor, inclusive nas taxas do seguro, que implique em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos dependerá da anuênciam expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo Segurado.

26.2.1 A alteração nas condições contratuais em vigor deve ser realizada por aditivo à apólice.

26.3 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.

27 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

27.1 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.

28 DISPOSIÇÕES GERAIS

28.1 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.

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

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

29 PRESCRIÇÃO

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

30 DO FORO

30.1 O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

31 CONCEITOS

31.1 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, a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, a sua incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando que:

31.1.1 Incluem-se nesse conceito:

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

31.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) 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 Continuo – 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,
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 31.1, acima.

31.2 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.

31.3 Apólice de Seguro

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).

31.4 Apólice de averbação ou aberta

Apólice em que o segurado comunica à sociedade seguradora as movimentações relativas a seu negócio, vinculadas às coberturas contratadas e ocorridas ao longo de sua vigência, em datas incertas, imprevisíveis ou previamente acordadas, com importâncias seguradas variáveis limitadas ao valor do limite máximo de garantia contratado.

31.5 Assistência Funeral

É a prestação de serviço para a realização do sepultamento ou cremação (quando disponível no município de residência do Segurado), restrito aos itens cobertos relacionados ao funeral, conforme as disposições dessas condições gerais, limitado ao capital segurado contratado para essa cobertura.

31.6 Beneficiários

São as pessoas designadas pelo Segurado Principal para receber o Capital Segurado na hipótese de seu falecimento devidamente coberto.

31.7 Carregamento

É o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do Seguro. Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

31.8 Capital Segurado

Capital Segurado é a importância máxima a ser paga pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado. Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

31.9 Carência

É o período de tempo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do seguro individual, durante o qual o segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. 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.

31.10 Certificado Individual

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

31.11 Condições Particulares

Cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou as Condições Especiais do Contrato de Seguro, com a finalidade de destacar, modificar ou particularizar aspectos da Cobertura do seguro, quer em relação ao Segurado, quer em relação a determinado Risco. As Condições Particulares podem aumentar ou diminuir o nível de abrangência das Coberturas contratadas.

31.12 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.

31.13 Condições Especiais

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

31.14 Contrato

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.

31.15 Consignante

Pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

31.16 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.

31.17 Documentos Contratuais

É a apólice de averbação, o certificado individual e o endosso.

31.18 Endosso

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

31.19 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.

31.20 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.

31.21 Evento Preexistente

São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo Segurado, antes da contratação do seguro e que seja de seu conhecimento e não declarados na proposta de adesão.

31.22 Franquia

É o período de tempo, não considerado para cálculo do pagamento da Renda de Internação Hospitalar por Acidente contratada, contado a partir da Internação Hospitalar coberta.

31.23 Grupo Segurado

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

31.24 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 e, se houver no Contrato.

31.25 Hospital

Designa qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para tratamentos médicos e paramédicos em regime de internação.

31.26 Indenização

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

31.27 Início de vigência

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

31.28 Internação Hospitalar

É o período contado em dias, não inferior a 24 (vinte e quatro) horas, de hospitalização do Segurado, comprovado através de notas fiscais ou qualquer outro instrumento legal de cobrança ou declaração do Hospital onde ocorreu a internação.

31.29 Internação Eletiva

É a internação hospitalar que é agendada, sem caráter de urgência.

31.30 Limite de diárias

É a quantidade máxima de diárias que o Segurado fará jus. No caso da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente, começará a contar do 16º (décimo sexto) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais (data do sinistro), por evento, limitado a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento. Cada diária corresponderá a uma fração do valor da renda mensal contratada.

31.31 Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, parentes consanguíneos ou afins, com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.**

31.32 Migração de apólices

Substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência;

31.33 Prêmio

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

31.34 Proponente

Pessoa física interessada em contratar cobertura(s) de seguro.

31.35 Proposta de Adesão

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

31.36 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 contratação 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.

31.37 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.

31.38 Renda por Internação

Indenização por dia de internação hospitalar, contratada pelo Segurado e estipulada na Proposta de Contratação, independentemente do valor das despesas médicas e hospitalares efetuadas no tratamento.

31.39 Segurados

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

30.41.1 Segurados Principais

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

30.41.2 Segurados Dependentes

- São considerados o cônjuge ou a(o) companheira(o);
- 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 (vinte e quatro) 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) anos, 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 (vinte e um) anos até 24 (vinte e quatro) 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 (vinte e um) anos;
 - VI - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador
- Pais: Ascendentes em primeiro grau do segurado;
- Sogros: Conjunto formado pelos pais do cônjuge/companheiro, em relação ao segurado.

31.40 Seguradora

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

31.41 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.

31.42 Sinistro Coberto

Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro. 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.

31.43 Tratamento Cirúrgico

São aqueles decorrentes de eventos que exijam ato cirúrgico em regime de internação hospitalar.

31.44 Tratamentos Clínicos

São aqueles decorrentes de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicarem em ato cirúrgico.

31.45 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.