

---

# AP INDIVIDUAL

SEGURANÇA E BEM-ESTAR  
EM CADA PASSO.

CONDIÇÕES GERAIS



TOKIO MARINE  
SEGURADORA



## APRESENTAÇÃO

- Apresentamos as Condições Gerais do seu Seguro de Acidentes Pessoais Individual, que estabelecem as formas de funcionamento das coberturas contratadas.
- Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, discriminadas e contratadas, desprezando-se quaisquer outras.
- Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- Mediante a contratação deste seguro, o Segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.
- O Segurado, ao assinar a proposta de seguro, declara o recebimento das presentes Condições Gerais.
- Leia-se cuidadosamente, principalmente os textos em 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](http://www.susep.gov.br).

**Condições Gerais – Versão Dezembro de 2025**

Seguro de Acidentes Pessoais Individual – Processo SUSEP nº 15414.900143/2017-85

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](http://www.tokiomarine.com.br) através do formulário de Ouvidoria ou; Através do 0800 449 0000, de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> 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](http://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](http://www.tokiomarine.com.br/atendimento) , para registrar sua reclamação.

SAC 0800 703 9000

Central de Atendimento 0800 31 TOKIO (86546)

Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523

Disque Fraude 0800 707 6060

Cordialmente,

**Ouvidoria Tokio Marine Seguradora**

## SUMÁRIO

1.	OBJETIVO DO SEGURO .....	5
2.	RISCOS EXCLUÍDOS .....	5
3.	CARÊNCIA .....	6
4.	FRANQUIA .....	6
5.	ÂMBITO GEOGRÁFICO .....	6
6.	DA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE .....	6
7.	INÍCIO DE VIGÊNCIA .....	8
8.	BENEFICIÁRIOS .....	9
9.	CAPITAL SEGURADO .....	9
10.	PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO .....	9
11.	ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO .....	10
12.	O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO .....	11
13.	ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS .....	11
14.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE .....	12
15.	COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO DE SINISTROS .....	12
16.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	14
17.	CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO .....	15
18.	PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO .....	16
19.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO .....	17
20.	DISPOSIÇÕES GERAIS .....	17
21.	PREScriÇÃO .....	17
22.	FORO .....	18
23.	GLOSSÁRIO – CONDIÇÕES GERAIS .....	18
I-	COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL .....	23
1.	OBJETIVO DA COBERTURA .....	23
2.	RISCOS EXCLUÍDOS .....	23
3.	CAPITAIS SEGURADOS .....	23
4.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE .....	23
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....	24
II-	COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE .....	26
1.	OBJETIVO DA COBERTURA .....	26
2.	RISCOS EXCLUÍDOS .....	30
3.	CAPITAIS SEGURADOS .....	30
4.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE .....	30
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....	30
III-	COBERTURA ADICIONAL DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS .....	32
1.	OBJETIVO DA COBERTURA .....	32
2.	RISCOS EXCLUÍDOS .....	32
3.	CAPITAIS SEGURADOS .....	32
4.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE .....	33
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....	34
IV - COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA .....	35	
POR ACIDENTE .....	35	
1.	OBJETIVO DA COBERTURA .....	35
2.	RISCOS EXCLUÍDOS .....	36
3.	ÂMBITO GEOGRÁFICO .....	37
4.	CAPITAIS SEGURADOS .....	38
5.	CARÊNCIA .....	38
6.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE .....	38
7.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO .....	40

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

**1. OBJETIVO DO SEGURO**

**1.1** O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização de acordo com a(s) cobertura(s) e limitado ao valor do capital Segurado contratado pelo Segurado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, durante o período de vigência e mediante o pagamento do prêmio correspondente, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Especiais e nas disposições legais aplicáveis.**

**1.1.2** 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.

**1.1.3** Este contrato de seguro é regido pela Lei 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.

**1.2** As coberturas deste Seguro dividem-se em básica e adicionais:

**1.2.1** Cobertura Básica:

- **Morte Acidental;**

**1.2.2** Coberturas Adicionais:

- **IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;**
- **DMHO – Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas;**
- **DIT – Diária por Incapacidade Temporária por Acidente.**

**1.3** O proponente deverá informar na Proposta de Contratação quais as coberturas que pretende contratar, sendo a cobertura de Morte Acidental obrigatória.

**2. RISCOS EXCLUÍDOS**

**Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência direta ou indiretamente:**

- a)** do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b)** de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c)** de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d)** de doenças ou acidentes preexistentes à contratação do seguro não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;

- e) 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;
- f) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- g) 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;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) epidemias, endemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- j) Riscos cibernéticos e perdas financeiras, materiais ou corporais decorrentes de atividades maliciosas cibernéticas internas ou externas;
- k) 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.
- l) Sinistro cuja causa e ou enquadramento, em uma ou mais coberturas, não for possível de ser apurado e ou concluído pela Seguradora, durante o prazo do processo de regulação e liquidação de sinistro, seja a que título for.

### 3. CARÊNCIA

3.1 Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

### 4. FRANQUIA

4.1 As franquias, quando aplicáveis, serão estabelecidas nas Condições Especiais de acordo com a cobertura contratada.

### 5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

5.1 O presente seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição contrária especificada nas Condições Especiais, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

5.2 As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

### 6. DA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE

6.1 Somente poderão ser aceitas no seguro as pessoas que na data do preenchimento da Proposta de Contratação estejam em boas condições de saúde e tenham idade dentro dos limites estabelecidos na Proposta de Contratação.

6.2 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.

6.2.1 A aceitação do Proponente se fará mediante a aplicação de questionário para avaliação da atividade do proponente, e ainda, quando a Seguradora julgar necessário, informações complementares.

**6.2.1.1** A contratação deste seguro deverá ser precedida da entrega de Proposta de Seguro à Seguradora, preenchida e assinada pelo proponente.

**6.3** 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.

**6.4** A Proposta de Seguro e as informações fornecidas para a cotação fazem parte integrante deste Contrato de Seguro, uma vez que contém todas as informações essenciais à avaliação e Aceitação do Risco pela Seguradora.

**6.5** 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.

**6.6** O Proponente 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. O proponente deve informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos.

**6.7** 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.

**6.8** 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.

**6.9** 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.

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

**6.9.2** 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 aos aspectos comerciais, atuariais e técnicos.

**6.10** As despesas incorridas com a contratação são todas aquelas necessárias para que haja a contratação de um seguro, entre elas, mas não se limitando às administrativas, e tributos.

**6.11** Após verificar que a Proposta de Seguro atendeu a todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, a Seguradora fornecerá ao Proponente ou Representante, 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 para a Seguradora através do seu site, Portal do Corretor ou Portal de parceiros autorizados.**

**6.12** A Seguradora tem o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a aceitação ou não da Proposta de Seguro, contados a partir da data de recebimento da referida proposta. Nos casos em que a Seguradora indicar a necessidade de esclarecimentos, documentos, novo questionário, ajuste de 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 de informações complementares.

**6.13** A solicitação de esclarecimentos, entre outros, poderá ser realizada quantas vezes se fizer necessário, à critério da Seguradora.

**6.14** 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.

**6.15** Qualquer alteração neste Contrato de Seguro deverá ser efetuada mediante nova Proposta de Seguro assinada pelo Segurado. 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.**

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

**6.17** A alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente.

## **7. INÍCIO DE VIGÊNCIA**

**7.1** A apólice vigerá por 12 (doze) ou 60 (sessenta) meses, de acordo com a opção indicada na Proposta de Contratação e, poderá ser prorrogada, automaticamente, salvo se a Seguradora ou o Segurado, manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

**7.1.1** O início e término de vigência de cada Segurado dar-se-á às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas na Apólice.

## **7.2 Prorrogação do Seguro, quando aplicável:**

O seguro permanecerá vigente enquanto o Segurado mantiver os pagamentos dos prêmios em dia, observado o disposto no prazo de tolerância, sendo a apólice prorrogada sucessivamente, resguardando ao Segurado o direito de solicitação do cancelamento do seguro a qualquer tempo e sem qualquer ônus.

## **8. BENEFICIÁRIOS**

**8.1** O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais.

**8.2** O Segurado poderá a qualquer tempo, alterar a indicação de beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

**8.2.1** Em caso de sinistro, será considerada a última alteração de beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

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

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

**8.3** No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas e Diária por Incapacidade Temporária por Acidente previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

## **9. CAPITAL SEGURADO**

**9.1** O limite do capital segurado para cada cobertura contratada será estabelecido na Apólice do Seguro e será determinado de acordo com as regras das Condições Especiais do Seguro.

**9.2** **O capital segurado e o prêmio serão atualizados anualmente conforme previsto no item Atualização do Capital Segurados e Prêmios.**

**9.3** **O segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar alteração do valor do capital segurado, por meio de nova Proposta de Contratação, ficando a critério da Seguradora sua aceitação**

## **10. PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO**

**10.1** A forma de pagamento do Seguro poderá ser mensal ou anual e cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.

**10.2** Qualquer indenização somente passa a ser devida após o pagamento do prêmio correspondente ao período de cobertura, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para o pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

**10.2.1** O recolhimento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado por meio de boleto bancário, débito em conta ou fatura de cartão de crédito, de acordo com a forma de cobrança prevista na Proposta de Contratação.

**10.2.2** A data limite para pagamento do Prêmio do Seguro não poderá ultrapassar o dia especificado na Apólice de Seguro.

**10.3** Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate do Prêmio do Seguro.

**10.4** 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 do Seguro recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

## **11. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO**

**11.1** A Seguradora enviará ao Segurado, ou corretor de seguros, ou representante, uma notificação, por qualquer meio idôneo que comprove o respectivo recebimento, concedendo-lhe prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias úteis 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 45 (quarenta e cinco) dias úteis da suspensão da garantia, o contrato será resolvido.**

**11.2.** O prazo de 45 (quarenta e cinco) dias úteis se inicia com o recebimento da notificação.

**11.3.** Porém, se o Segurado, 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.

**11.4.** 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.

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

**11.6** **Decorridos os prazos para quitação do respectivo prêmio, o contrato de seguro será cancelado automaticamente, observadas as condições a seguir:**

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

**11.6.2** A falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da (s) parcela (s) do prêmio devido acrescido de multa e juros de mora ao dia conforme a lei permitir. Esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, permanecendo o direito dos Segurados ou seus beneficiários ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.

**11.6.2.1** O prazo para o pagamento dessa parcela do prêmio em atraso será de até 45 dias úteis.

**11.6.2.3** As parcelas do prêmio não pagas até os 45 (quarenta e cinco) dias do seu vencimento, poderão ser cobradas judicialmente pela Seguradora e a apólice será cancelada, após notificação, não havendo possibilidade de reabilitação.

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

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

## **12. O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO**

**12.1** O Segurado em atraso com o pagamento dos prêmios do seguro será notificado sobre as parcelas em atraso e cientificado de que o não pagamento acarretará o cancelamento da apólice, não havendo direito à indenização em caso de sinistro ocorrido no período de inadimplência.

**12.2** 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.

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

## **13. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS**

**13.1** O valor do Capital Segurado e dos Prêmios do Seguro serão corrigidos anualmente com base na variação positiva do 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 INPC/IBGE com base na última publicação oficial e abrangendo o índice acumulado nos últimos 12 meses, verificado 2 (dois) meses anteriores ao mês de aniversário anual do seguro.

**13.1.1 Exemplo:**

Início de vigência: mês de Abril/2017

Mês da atualização monetária: mês de Abril/2018

IPCA acumulado (12 meses) do período de 01 de Fevereiro/2017 a 31 de Janeiro/2018

**13.2 A atualização de valores relativos a prêmios e Capital Segurado observará a legislação específica vigente.**

**14. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE**

**14.1** Além da atualização monetária do prêmio do seguro em função da atualização do capital segurado prevista no item 13, este seguro prevê o reenquadramento anual do prêmio por mudança da idade do segurado.

**14.1.1** A nova taxa do seguro será aplicada juntamente com a atualização do capital segurado.

**14.2** Os percentuais de reajuste da taxa serão aplicados de acordo com o critério estabelecido nas Condições Especiais, desde que essa condição esteja prevista para a cobertura contratada.

**15. COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO DE SINISTROS**

**15.1** 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](http://www.tokiomarine.com.br).

**15.2** 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.

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

**15.3.1** 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.

**15.3.2** 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.

**15.3.3 Os arquivos podem ser enviados apenas nos seguintes formatos: pdf, jpg, png, bmp, avi, mpg, mp4 ou mpeg.**

**15.4** 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.

**15.5** 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.

**15.6** 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.

**15.6.1** 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.

**15.6.2** 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.

**15.6.3** Porém, nos sinistros em que a importância segurada não exceder o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, o prazo de manifestação sobre a cobertura só poderá ser suspenso 1 (uma) vez.

**15.6.4** 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.

**15.7** 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**.

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

**15.9** 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.

**15.10** 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.

**15.11** 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.

**15.12** 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.

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

## **16. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

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

**16.1.1** **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.**

**16.1.2** 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**.

**16.1.3** 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 16.1**, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.

**16.1.4** 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.

**16.1.5** **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.**

**16.1.6** 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.

**16.2** 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.**

### **16.3 Junta Médica**

**16.3.1** No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, 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.

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

**16.3.1.2** 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.

### **16.3.2 Perícia da Seguradora**

**16.3.2.1** 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.

**16.3.2.2** 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.

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

## **17. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO**

**17.1 Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro:**

- a) com a morte ou Invalidez TOTAL e permanente do Segurado;**
- b) por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito;**
- c) por falta de pagamento das parcelas, de acordo com os critérios estabelecidos no item 12.**

**17.2** Além das hipóteses elencadas no item 17.1, a cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente cessará quando o segurado completar 66 (sessenta e seis) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados relativos às demais coberturas até o final de vigência da apólice.

## 18. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

18.1 Além dos casos previstos em Lei, a Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado, as seguintes hipóteses:

18.1.1 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;

18.1.2 Agravar intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro:

a) Será relevante a ação que conduza ao aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco aceito ou da sua severidade;

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

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

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

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

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

18.3 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;

18.4 Se o segurado 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.

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

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

**18.5** 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.

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

**18.6** For omissio ou inerte quanto a entrega de documentos solicitados pela Seguradora, culminando na inconclusão do procedimento de regulação e liquidação de sinistros.

**18.7** 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.

## **19. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO**

**19.1** A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da SEGURADORA, respeitadas as condições contratuais e as normas do Seguro.

## **20. DISPOSIÇÕES GERAIS**

**20.1** 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.

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

**20.3** O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br).

## **21. PRESCRIÇÃO**

**21.1** Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela Lei 15.040/2024.

## 22. FORO

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

## 23. GLOSSÁRIO – CONDIÇÕES GERAIS

### 23.1 Acidentes Pessoal

É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

#### 23.1.1 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 accidental 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.

#### 23.1.2 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 23.1, acima.

### 23.2 Agravamento de risco

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

### **23.3 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).

### **23.4 Ato doloso**

Ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

### **23.5 Ato ilícito**

Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

### **23.6 Aviso de sinistro**

Comunicação formal da ocorrência de um sinistro feito à Seguradora.

### **23.7 Beneficiários**

São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber o Capital Segurado na hipótese de sinistro com o Segurado.

### **23.8 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.

### **23.9 Carência**

Período, contado a partir da data de início de vigência do seguro, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento dos capitais segurados contratado.

### **23.10 Condições Contratuais**

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

### **23.11 Condições Especiais**

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

### **23.12 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.

### **23.13 Contrato de Seguro**

É constituído pelos documentos de aceitação que formalizam o contrato e estabelecem o direito a indenização de seguro, nos termos das condições contratuais.

### **23.14 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.

### **23.15 Declaração Pessoal e Saúde**

Questionário complementar da Proposta de Contratação em que o proponente presta informações sobre as condições de saúde para avaliação do risco, na data de contratação do seguro.

### **23.16 Doenças ou Lesões Preexistentes**

Doença acometida e de conhecimento do segurado em momento anterior a contratação do seguro e não declarada na Proposta de Contratação e/ou Tele-entrevista.

### **23.17 Endosso**

Documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

### **23.18 Endosso de reenquadramento**

Documento expedido pela Seguradora, anualmente, que demonstra os capitais segurados atualizados além do Prêmio do Seguro recalculado em função da atualização monetária e mudança da idade do Segurado.

### **23.19 Evento coberto**

Acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante a vigência e que acarreta obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) beneficiário(s).

### **23.20 Franquia**

É o período de tempo, ininterrupto, não considerado para cálculo do pagamento da indenização ou reembolso, contado a partir da caracterização do sinistro coberto.

### **23.21 Indenização**

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

### **23.22 Infecções Oportunistas**

São infecções causadas por microrganismos (bactérias, fungos ou vírus) que estão comumente presentes em nosso organismo (sem qualquer manifestação clínica) e que aproveitam o estado de debilidade (imunodeficiência) para se proliferarem e provocarem infecções nos mais diferentes órgãos ou na corrente sanguínea (septicemia). Exemplo: pneumonias, meningites, diarreias e outras infecções causadas em razão de imunodeficiência provocada pelo AIDS, por Doença Neoplásica, por Doenças Crônicas ou por outras doenças que afetem o sistema imunológico.

### **23.23 Má-fé**

Agir de modo contrário a lei ou ao direito de forma proposital.

**23.24 Médico Assistente**

Profissional legalmente licenciado para a prática de medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que estejam emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc). Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

**23.25 Período de Cobertura**

Período em que o Segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados, em caso de sinistro coberto pelo Seguro.

**23.26 Prêmio do Seguro**

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

**23.27 Proponente**

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

**23.28 Proposta de Contratação**

Documento que formaliza o interesse do proponente em contratar ou alterar o seguro. Cotações e documentos como, mas não se limitando a e-mails, tabelas de Excel e ou notificação, emitidos e ou recebidos durante a fase de negociação de um contrato de seguro, não serão considerados como uma Proposta de Seguro.

**23.29 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 nesse mesmo período.

**23.30 Regulação e Liquidação de Sinistros**

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, salvo quando convencionada reposição em espécie.

**23.31 Resilição do contrato**

É a anulação de contrato, sem efeito retroativo, que se dá por meio de acordo firmado entre os interessados, podendo ser por ato unilateral de uma das partes.

**23.32 Risco coberto**

É o risco previsto no Plano de Seguro que caracterizará a indenização e/ou reembolso.

**23.33 Riscos excluídos**

São aqueles riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano;

**23.34 Seguradora**

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

**23.35 Sinistro Coberto**

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

**23.36 Sinistro Vinculado**

Sinistro ocasionado pelo mesmo acidente já avisado anteriormente e que tenha relação de continuidade para efeito de contagem do saldo de diárias da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária.

**23.37 Vigência**

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

## **SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS**

### **I- COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL**

#### **1. OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo Seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e Proposta de Contratação**.

**1.2** As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

#### **2. RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1.** Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

#### **3. CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

#### **4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE**

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Morte Acidental.

## 5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

**5.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito nos itens 15 e 16 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:**

### 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;
- 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. 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) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- m) Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima.

### III. 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) CPF dos beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Na ausência de indicação de beneficiários ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art.1829 do Código Civil;
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- 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).

**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) 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.

**SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS**  
**II- COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR**  
**ACIDENTE**

**1. OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1.** Garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na **Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 1.10)**, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico realizado de forma presencial e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Proposta de Contratação.

**As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.**

**1.1.1.** 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.

**1.1.1.1.** 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.

**1.2.** 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).

**1.3.** 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.

**1.4.** 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.

**1.5.** 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.

1.6. 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.

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

1.8. As indenizações previstas para as coberturas Básica de Morte e Invalidez Permanente 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 Básica de Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

1.9. 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.

1.10. 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

<b>PARCIAL DIVERSAS</b>	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
<b>PARCIAL MEMBROS SUPERIORES</b>	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	
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	9

<b>PARCIAL MEMBROS INFERIORES</b>	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 tíbio-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. RISCOS EXCLUÍDOS

**2.1.** Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

## 3. CAPITAIS SEGURADOS

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

## 4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

## 5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

**5.1.** Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito nos itens 15 e 16 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:

**5.1.1** No caso da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

### 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. 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) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- d) Croqui do local do Acidente;
- e) Declaração de atendimento/resgate do SAMU, ou órgão responsável pelo socorro da vítima;
- f) Exame de Corpo Delito (IML);

- g) Exames de diagnóstico e imagem, que evidenciem a sequela deixada pelo acidente (data do evento e atual). Ex.: Radiografias, Ressonância magnética, Tomografia, Eletroneuromiografia, entre outros;
- h) Laudo emitido por médico especialista Fisioterapeuta/Ortopedista, esclarecendo a quantidade de sessões propostas para tratamento e recuperação, bem como informando a perda funcional (em %) do membro(s) afetados(s) e após esgotados todos os recursos médicos/terapêuticos/cirúrgicos;
- i) 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;
- j) Relatório médico realizado através de consulta presencial devidamente preenchido/declarado, assinado e carimbado pelo médico assistente (responsável pelo tratamento e acompanhamento da lesão), detalhando a natureza 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;
- k) 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.

**III. 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.

## **SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS**

### **III- COBERTURA ADICIONAL DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS**

#### **1. OBJETIVO DA COBERTURA**

**1.1** 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 da Proposta de Contratação.**

**As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.**

**1.2** 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.

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

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

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

#### **2. RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1. Além dos ricos excluídos mencionados no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) as despesas decorrentes de:**

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

#### **3. CAPITAIS SEGURADOS**

**3.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

**3.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

#### 4 REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

**4.1** Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança de idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

**4.1.1** Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente, exclusivamente para a cobertura de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas.

Idade	Variação %
até 18 anos	Não se aplica
19 anos	5,52238806
20 anos	5,23338048
21 anos	4,97311828
22 anos	4,73751601
23 anos	4,52322738
24 anos	4,32748538
25 anos	4,14798206
26 anos	-1,18406889
27 anos	-1,23442266
28 anos	-1,25029228
29 anos	-1,26567575
30 anos	-1,24434389
31 anos	-1,29805269
32 anos	-1,31558791
33 anos	-1,33265595
34 anos	-1,31108462
35 anos	-1,36859903
36 anos	-1,34693658
37 anos	-1,36532666
38 anos	-1,38422587
39 anos	-1,40365563
40 anos	-1,42363861
41 anos	-1,44419878
42 anos	-1,46536152
43 anos	-1,48715370

Idade	Variação %
44 anos	-1,50960383
45 anos	-1,53274216
46 anos	2,59414605
47 anos	2,52855172
48 anos	2,46673088
49 anos	2,45041147
50 anos	2,34976907
51 anos	2,29532171
52 anos	2,28494492
53 anos	2,19369415
54 anos	2,14660422
55 anos	2,10195201
56 anos	5,08966304
57 anos	4,80769231
58 anos	4,58715596
59 anos	4,38596491
60 anos	4,20168067
61 anos	4,03225806
62 anos	3,87596899
63 anos	3,73134328
64 anos	3,59712230
65 anos	3,47222222
66 anos	4,42445936
67 anos	4,23728087
68 anos	4,04201503
69 anos	3,90684468

**4.2** A partir dos 70 anos, não será aplicado reajuste da taxa por mudança de idade.

## 5 OCORRÊNCIA DO SINISTRO

**5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito nos itens 15 e 16 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:**

**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.

**II. Do evento/ocorrência:**

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão do Registro da Ocorrência Policial (B.O.);
- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- d) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- e) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza do atendimento, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados;
- f) Formulário da Seguradora para solicitação de reembolso, devidamente preenchido e assinado;
- g) 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.;
- h) Prescrição médica com solicitações de exames e/ou procedimentos;
- i) Prescrição médica de medicamentos;
- j) Prontuário hospitalar com histórico de cirurgia;
- k) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

**III. 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.

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL – CONDIÇÕES ESPECIAIS**  
**IV - COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA**  
**POR ACIDENTE**

## 1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Essa cobertura tem como objetivo o pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente, **por período temporário, de exercer sua profissão ou ocupação**, decorrente de acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de franquia definido na apólice, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

1.2 **Essa cobertura tem como objetivo o apoio ao segurado que exerce atividade profissional. Se ficar comprovada má-fé no que se refere às informações para a contratação do seguro, o segurado perderá o direito à indenização da cobertura contratada, com base no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.**

1.3 O número de diárias a ser indenizado será determinado em função da necessidade comprovada de afastamento temporário do segurado de suas atividades profissionais, acompanhada de relatório do médico assistente do segurado, observados o limite máximo de diárias, o período de franquia determinadas para o plano.

1.3.1 Será dispensado o cumprimento do período de franquia, caso o segurado voltar a se afastar em decorrência de um mesmo acidente já indenizado dentro do prazo de sessenta dias, contados a partir da data da alta médica do afastamento anterior e, desde que o sinistro tenha sido coberto pelo seguro. Caso o sinistro anterior tenha sido negado por falta de cumprimento da franquia, não será adotada a isenção de franquia no sinistro vinculado.

1.4 O limite máximo de diárias indenizáveis será de acordo com a quantidade descrita na apólice para todas as incapacidades decorrentes do mesmo acidente, independentemente de renovação do contrato. **A quantidade de diárias indenizadas decorrente de um acidente não pode ser superior ao número de diárias contratadas na apólice, caso haja novo afastamento pelo mesmo acidente já indenizado, ainda que seja em períodos diferentes de vigência (endosso de reenquadramento e/ou renovação da apólice).**

1.4.1 A reintegração do capital segurado somente se dará para incapacidades decorrentes de outros eventos não reclamados, isto é, de diferentes acidentes.

1.5 A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária vigente no contrato de seguro na data do afastamento, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, descontando-se o período de franquia.

1.5.1. O valor da diária para cálculo da indenização é aquele constante da apólice na data do evento, não podendo ser superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal do segurado, vigente na data do sinistro e devidamente comprovado pelos documentos indicados no item Ocorrência de Sinistro previstos destas Condições Especiais.

**1.6** As indenizações de diária por incapacidade temporária não se acumulam em razão de mais de um afastamento ao mesmo tempo. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, o segurado somente terá direito a uma diária de indenização por dia afastado.

**1.7** A Seguradora poderá indicar perícia médica para os casos em que não haja determinação da quantidade de diárias necessárias para retorno às atividades profissionais ou em caso de dúvida e/ou discordância da quantidade apontada pelo médico assistente do segurado, e caso o segurado, caso o segurado se negue a fazer a submeter-se à perícia, poderá incorrer em perda do direito à indenização.

**1.8** Caso o segurado venha a falecer, seja por morte accidental, seja por morte natural, ou ainda, ficar inválido permanentemente e/ou aposentado por invalidez, será extinta, imediatamente, a presente cobertura, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir do dia seguinte à caracterização de uma dessas situações.

**1.9** O Segurado deverá comunicar à Seguradora, sempre que ocorrer mudança da ocupação que represente mudança do risco. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do pedido alteração, informará sobre a aceitação, recálculo do valor do seguro por meio de endosso ou exclusão da cobertura, de acordo com a política de aceitação.

**1.10** A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente cessará quando o segurado completar 66 (sessenta e seis) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice.

## 2. RISCOS EXCLUÍDOS

**2.1.** Além dos riscos excluídos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura Diária por Incapacidade Temporária por Acidente:

- a) Estados de convalescença (após a alta médica);
- b) Hospitalizações para check-up;
- c) Tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- d) Tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- e) Procedimentos não previstos no Código brasileiro de Ética médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de fiscalização de medicina e farmácia;
- f) Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS) e/ou Hepatites B e/ou Hepatite C;
- g) Lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;
- h) Anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;
- i) Luxações recidivantes de qualquer articulação;
- j) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

- k) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, estresse, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive, mas não se limitando à psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
- l) Quaisquer tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética, incluindo, mas não se limitando para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências, cirurgias plásticas redutoras de qualquer espécie e as demais para colocação, retirada ou reposição de qualquer prótese;
- m) Doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos;
- n) Doenças transmitidas por contato com animais, tais como leptospirose, toxoplasmose e outras doenças infecto parasitárias;
- o) Gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto e suas consequências;
- p) Ceratotomia radial e demais condutas refrativas;
- q) Tratamento de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes ou envenenamentos coletivos;
- r) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, doenças reumatológicas e ósseas, entre outras;
- s) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias, cervicalgias e cervicobraquialgias, sacralgias e outros quadros degenerativos;
- t) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não), incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de características degenerativa, síndrome do impacto, lesões de supra espinhais, luxações redicivantes de qualquer articulação, exceto após tratamento cirúrgico;
- u) Hospitalizações para diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- v) Afastamentos por período inferior ao de franquia, mesmo que o afastamento seja decorrente de evento coberto;
- w) Doenças ocupacionais incluindo as profissionais e as doenças do trabalho, abrangendo todas aquelas situações clínicas que tenham histórico médico anterior relacionado a condições onde haja/tenha havido, em qualquer tempo pregresso, nexo causal positivo com a atividade profissional, inclusive quaisquer condições enquadradas sob a sigla LER–DORT–LTC (Lesão por Esforço Repetitivo – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – Lesões por Traumas Cumulativos) tais como tendinites, sinovites, tenossinovites, cervicobraquialgias artrites, bursites, epicondilite, síndrome do túnel do carpo, dedo em gatilho, síndrome do desfiladeiro torácico, síndrome do pronador redondo, mialgias.
- x) Hérnia, todas, exceto após tratamento cirúrgico ou quando decorrente de acidente pessoal coberto.

### 3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1 A cobertura incapacidade temporária é válida somente para diagnóstico em território brasileiro.

#### 4. CAPITAIS SEGURADOS

**4.1.** Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

**4.2.** Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos e vigentes na data do evento.

**4.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do afastamento.

**4.3.1** Caso o segurado volte a se afastar pelo mesmo acidente e o sinistro seja tratado como vinculado à ocorrência anterior, considera-se para determinação do capital segurado o valor da diária do primeiro afastamento.

#### 5. CARÊNCIA

**5.1** **Não há carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais.**

#### 6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

**6.1** Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

**6.1.1** Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente, exclusivamente para a Diária por Incapacidade Temporária – Acidente.

**6.2** Variação percentual para cobertura contratada com 180 diárias:

Idade	Variação %
até 18 anos	Não se aplica
19 anos	Não se aplica
20 anos	Não se aplica
21 anos	Não se aplica
22 anos	Não se aplica
23 anos	Não se aplica
24 anos	Não se aplica
25 anos	Não se aplica
26 anos	2,33392634%
27 anos	2,28069656%
28 anos	2,22984066%
29 anos	2,18120330%
30 anos	2,13464241%
31 anos	3,34849307%
32 anos	2,04723991%

Idade	Variação %
45 anos	-1,26223213%
46 anos	0,73297745%
47 anos	0,72764398%
48 anos	0,72238757%
49 anos	0,71720656%
50 anos	0,71209934%
51 anos	-1,11396332%
52 anos	0,70210004%
53 anos	0,69720496%
54 anos	0,69237767%
55 anos	0,68761677%
56 anos	3,71634748%
57 anos	3,58318392%
58 anos	3,45923323%
59 anos	3,34357130%

33 anos	2,00616882%
34 anos	1,96671323%
35 anos	1,92877967%
36 anos	-1,13346904%
37 anos	-1,14646385%
38 anos	-1,15976008%
39 anos	-1,17336834%
40 anos	-1,18729974%
41 anos	7,95757667%
42 anos	-1,21617912%
43 anos	-1,23115213%
44 anos	-1,24649843%

60 anos	3,23539361%
61 anos	-4,98200859%
62 anos	3,03876180%
63 anos	2,94914433%
64 anos	2,86466133%
65 anos	2,78488384%
66 anos	6,12657771%
67 anos	5,77289671%
68 anos	5,45782227%
69 anos	5,17536030%
70 anos	4,92069653%

### 6.3 Variação percentual para cobertura contratada com 365 diárias:

Idade	Variação %
até 18 anos	Não se aplica
19 anos	Não se aplica
20 anos	Não se aplica
21 anos	Não se aplica
22 anos	Não se aplica
23 anos	Não se aplica
24 anos	Não se aplica
25 anos	Não se aplica
26 anos	2,34415854%
27 anos	2,29046638%
28 anos	2,23917874%
29 anos	2,19013765%
30 anos	2,14319865%
31 anos	3,35679580%
32 anos	2,05510853%
33 anos	2,01372431%
34 anos	1,97397392%
35 anos	1,93576247%
36 anos	-1,17551035%
37 anos	-1,18949296%
38 anos	-1,20381222%
39 anos	-1,21848044%
40 anos	-1,23351052%

Idade	Variação %
45 anos	-1,31458846%
46 anos	0,75504885%
47 anos	0,74939058%
48 anos	0,74381649%
49 anos	0,73832471%
50 anos	0,73291343%
51 anos	-1,09381775%
52 anos	0,72232539%
53 anos	0,71714527%
54 anos	0,71203892%
55 anos	0,70700477%
56 anos	3,67992651%
57 anos	3,54931435%
58 anos	3,42765607%
59 anos	3,31406144%
60 anos	3,20775448%
61 anos	-5,00590801%
62 anos	3,01436747%
63 anos	2,92616219%
64 anos	2,84297221%
65 anos	2,76438161%
66 anos	6,32793437%
67 anos	5,95133763%

41 anos	7,90583695%
42 anos	-1,26471122%
43 anos	-1,28091104%
44 anos	-1,29753126%

68 anos	5,61704813%
69 anos	5,31831577%
70 anos	5,04975392%

## 7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

**7.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito nos itens 15 e 16 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:**

**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) Declaração de Imposto de Renda;
- e) Extrato bancário dos últimos 3 a 6 meses;
- f) Recibos de pagamentos de autônomo (RPA);
- g) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

**II. Do evento/ocorrência:**

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- 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 Delito (IML);
- d) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora, quando aplicável.

**III. Para indenização:**

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).