

1. CONCEITOS**1.1. Acidentes Pessoais**

Para fins deste Seguro, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, 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 torne necessário tratamento médico.

1.1.1. Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

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

1.1.2. Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste Seguro:

- a) as doenças (incluídas as profissionais), moléstias ou enfermidades, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes não cobertos;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetidos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relações de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: lesão por Esforços Repetitivos – LER, lesões Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, os similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) 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 da invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 1.1.

1.2. Apólice

É o documento emitido pela sociedade Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

1.3. Beneficiário

É a pessoa física ou jurídica a favor da qual é devida a indenização em caso de morte acidental do Segurado.

1.4. Capital Segurado

É a importância máxima a ser paga ao Segurado ou Beneficiário em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

1.5. Carência

É o período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

1.6. Condições Gerais

Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do estipulante.

1.7. Corretor de Seguro

É o profissional, escolhido diretamente pelo Segurado, devidamente habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de Seguros remunerados, mediante comissões estabelecidas na tarifas.

1.8. Evento Coberto

É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais.

1.9. Garantias

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da contratação do Seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.

1.10. Indenização

É o valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um **evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.**

1.11. Início de Vigência

É a data do recebimento da Proposta de Contratação, quando esta der entrada com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, ou a data da aceitação da Proposta de Contratação pela Seguradora, quando esta der entrada **sem** adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

1.12. Limite Técnico

É o limite de capital Segurado que a Seguradora assumirá em cada Seguro específico, o qual é determinado pela própria Seguradora.

1.13. Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

1.14. Nota Técnica Atuarial

É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

1.15. Prêmio

É a importância paga pelo Segurado à Seguradora para que esta garanta o risco contratado.

1.16. Processo SUSEP

É o registro deste plano na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), o que não implica por parte da autarquia algum incentivo ou recomendação à sua comercialização.

1.17. Proponente

É a pessoa que propõe sua Contratação à apólice e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

1.18. Proposta de Contratação

É o documento mediante o qual o proponente expressa a intenção de contratar o Seguro, especificando as garantias e Capitais Segurados propostos e manifestando pleno conhecimento e concordância com os termos estabelecidos nestas Condições Gerais. A Proposta de Contratação, desde que o risco seja aceito pela Seguradora, faz parte integrante do contrato.

1.19. Renda Certa

1.19.1. É a série de pagamentos periódicos a que tem direito o(s) Beneficiário(s) ou o próprio Segurado, de acordo com a estrutura do plano.

1.19.2. Essa forma de indenização é cabível no pagamento das coberturas pela Morte ou Invalidez Total por Acidente do Segurado e será feita em no máximo 24 (vinte e quatro) parcelas, distribuídas por um período, determinado antecipadamente pelo Segurado na contratação do Seguro.

1.20. Riscos Excluídos

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

1.21. Segurado

É a pessoa física com idade entre 16 (dezesesseis) e 70 (setenta) anos, quando do protocolo da Proposta de Contratação na Seguradora, habilitada a ser incluída na apólice de Seguro.

1.22. Seguradora

É a pessoa jurídica legalmente constituída, que emite a apólice, assumindo o risco de indenizar o Beneficiário/Segurado caso ocorra um dos eventos cobertos pelo Seguro.

1.23. Sinistro

É a ocorrência de um evento danoso, que, desde que esteja expressamente previsto no contrato de Seguro, observadas suas condições gerais, particulares e especiais, será indenizado pela Seguradora, respeitados os limites de cobertura contratados.

1.24. Vigência do Seguro

É o período de 01 (um) ano no qual a apólice de Seguro está em vigor, sendo facultada a contratação por períodos diferentes (dias, meses ou anos).

2. OBJETIVO DO SEGURO

Este Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou aos seus Beneficiários na ocorrência de um acidente coberto, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

3. GARANTIAS DO SEGURO

3.1. As garantias do presente Seguro dividem-se em básicas e adicionais.

3.1.1. São consideradas garantias básicas:

- a) Morte Acidental;
- b) Invalidez Permanente por Acidente.

3.2. É considerada garantia adicional:

- a) Despesas Médico-Hospitalares.
- b) Diárias por Incapacidade Temporária

3.3. Para a efetivação do Seguro, será obrigatória a contratação de pelo menos uma das coberturas básicas oferecidas.

3.4. Indenização por Morte Acidental

3.4.1. Consiste no pagamento do capital Segurado relativo à Cobertura Básica, de uma só vez ou, por renda certa, ao(s) Beneficiário(s) do Segurado indicado(s) na Proposta de Contratação, após a morte acidental do mesmo, desde que ocorrida posteriormente ao início de vigência e dentro do período de cobertura do Seguro.

3.5. Indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

3.5.1. É a indenização paga ao próprio Segurado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, desde que esteja terminado o tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e, constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva.

3.5.2. O pagamento da indenização corresponderá aos percentuais descritos na Tabela abaixo, de acordo com grau de invalidez permanente.

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% S/ A IMP. 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 um dos pés.....	100	
	Perda total do uso de ambos os pés.....	100	
	Alienação mental total incurável.....	100	
	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 toraco-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 metacarpiano.....	25	
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive metacarpiano.....	18	
	Perda total do uso da falange distal do polegar.....	9	
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores.....	15	
	Perda total de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios.....	12	
	Perda total do uso de um dos dedos anulares.....	9	
	Perda total de uso qualquer falange, excluídas as dos polegares: 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 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 do quadril.....		20	
Perda total de um dos pés, ou seja, 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 a 1/2, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.....			
Encurtamento de um dos membros inferiores			
- de 5 (cinco) centímetros ou mais.....		15	
- de 4 (quatro) centímetros.....	10		
- de 3 (três) centímetros.....	6		
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização			

IMPORTANTE

3.5.3. A reintegração do capital Segurado é automática após cada acidente, sem a cobrança de prêmio adicional, desde que a invalidez seja parcial.

3.5.4. Não estando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

3.5.5. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau desta redução (máximo, médio e mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

3.5.5.1. Em todos os casos de Invalidez Parcial não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau desta redução (máximo, médio e mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

3.5.6. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital Segurado para a garantia coberta por esta cláusula. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

3.5.7. A perda ou agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização, salvo quando previamente declarado pelo Segurado na contratação do Seguro, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, comprovado mediante laudo médico informando o grau de perda funcional.

3.5.8. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito à indenização por invalidez permanente;

3.5.9. A constatação da Invalidez Permanente por Acidente se fará através declaração médica subscrita por profissional devidamente habilitado na sua especialização. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou semelhantes, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

3.5.10. As indenizações por Morte e Invalidez Permanente não se acumulam em consequência de um mesmo evento. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente verificar-se a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente.

3.5.11. As indenizações por Despesas Médico-Hospitalares e Diárias por Incapacidade Temporária, são cumulativas com qualquer outra garantia do presente Seguro.

3.6. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas

3.6.1. É a indenização de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, decorrentes de acidente coberto, efetuadas exclusivamente pelo Segurado para seu tratamento, desde que iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do evento, sob orientação médica, incluindo diárias hospitalares necessárias para o seu restabelecimento do Segurado, observados os critérios de liquidação de sinistro constantes do subitem 13.7.

3.6.2. O Capital Segurado, por evento, para a garantia de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, corresponderá à percentagem do Capital Segurado para a garantia de Morte, conforme indicado na Proposta de Contratação.

3.6.3. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

3.6.3.1. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

3.6.4. A comprovação das despesas médico-hospitalares deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

3.6.5. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando o limite de cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pelo Segurado, quando da liquidação do sinistro.

3.6.6. Esta cobertura se extingue com o esgotamento da importância contratada, conforme o disposto no subitem 3.6.2 acima.

3.7. Diárias por Incapacidade Temporária

3.7.1. É caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer qualquer atividade relativa a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

3.7.2. As Diárias pela incapacidade temporária são devidas a partir do 16º (décimo sexto) dia da caracterização da incapacidade/afastamento (franquia).

3.7.3. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, limitada a 360 (trezentos e sessenta) diárias.

3.7.4. O capital Segurado de cada diária de incapacidade temporária não pode ser superior a 1/30 (um trinta avos) do maior capital estabelecido para as garantias básicas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos da garantia deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

- do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- de doenças;
- epidemias declaradas ou não;
- doação e transplante intervivos; e
- suicídio cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do Seguro ou da sua recondução ou reabilitação, caso tenha havido suspensão do contrato neste período.

4.2. Além dos riscos excluídos nas alíneas do subitem anterior, estão expressamente excluídos da cobertura de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente os eventos e/ou acidentes decorrentes de:

- a) a hérnia e suas conseqüências;
- b) o parto ou aborto e suas conseqüências;
- c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- d) os envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias tóxicas – ressalvado o disposto na alínea “c” do subitem 1.1.1 – ou entorpecentes; e
- e) quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental total e incurável, decorrente de acidente coberto.

4.3. Também ficam excluídos os acidentes e/ou eventos ocorrido em conseqüência:

- a) de competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor;
- b) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais compreendidas entre elas as conseqüentes da ação do álcool, de drogas ou entorpecentes, de uso fortuito, ocasional ou habitual;
- c) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) de quaisquer acidentes citados no subitem 4.1, alíneas “a” e “b” ;
- e) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte ou incapacidade do Segurado provier de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio do outrem;
- f) quaisquer conseqüências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro;
- g) do Segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

4.4. Em se tratando de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, além dos riscos excluídos acima, não estão abrangidas as coberturas para:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes.
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses ou órteses implantadas pela primeira vez.

4.5. Estão também excluídos das coberturas deste Seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em conseqüência de evento coberto, decorrentes de:

- a) danos morais e estéticos: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente apólice as indenizações por DANOS MORAIS E ESTÉTICOS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável. Dano estético é todo e qualquer dano físico/corporal causado a pessoas que embora não acarretando seqüelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética. Dano moral é toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico, ficando a cargo do juiz no processo o reconhecimento da existência de tal dano bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, devendo ser sempre caracterizado como uma punição que se direciona especificamente contra o efetivo causador dos danos.
- b) lucros cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável.
- c) perdas e danos decorrentes direta ou indiretamente, de qualquer evento, mesmo quando coberto pela apólice.

4.6. Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, conforme disposto no Código Civil.

5. CONTRATAÇÃO

Considera-se contratado o Seguro quando a Proposta de Contratação, devidamente preenchida e assinada pelo proponente, for aceita pela Seguradora, momento em que esta emite a respectiva apólice de Seguro.

6. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

6.1. Para que haja a aceitação dos proponentes por parte da Seguradora, será necessário o preenchimento obrigatório da Proposta de Contratação, sempre observando os limites de idade entre 16 (dezesseis) e 70 (setenta) anos para o ingresso, e as boas condições de saúde.

6.2. A aceitação ocorrerá no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação pela Seguradora. Caso seja solicitado algum documento ou exame complementar, esse prazo ficará suspenso voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação na Seguradora. A solicitação de documentos complementares, para análise de aceitação do risco ou da alteração da Proposta de Contratação, poderá ser feita apenas uma vez, durante o referido prazo.

6.2.1. A Seguradora fornecerá ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

6.3. A inexistência de manifestação expressa da Seguradora dentro daquele prazo, implicará na aceitação automática do Seguro.

6.4. A aceitação do Proponente no Seguro será caracterizada pela emissão do Certificado Individual, em seu nome, com a indicação das garantias contratadas, do início e término de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao seu Seguro.

6.5. A não aceitação da Proposta de Contratação, será comunicada ao proponente por escrito, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados do protocolo de recebimento na Seguradora, dispoendo ao mesmo todos os valores por ele destinados à Seguradora, devidamente atualizados pelo índice de correção estabelecido neste contrato (item 9.1). Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, integralmente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a contar da recusa, sendo que em caso de mora da Seguradora será computado, além da correção monetária acima, Juros de Mora de 6% ao ano “pro rata tempore” correspondente ao número de dias decorridos a partir do 11º dia, incluindo este.

6.6. Avaliação da Taxa: A Seguradora efetuará avaliações anuais da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da apólice. Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do Segurado, a taxa reajustada será aplicada a partir do próximo aniversário anual de cada apólice em vigor nesta Seguradora, desde que haja anuência expressa do Segurado, que deverá ser comunicado a respeito da alteração mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 dias que antecedam o final de vigência da apólice.

7. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

7.1. O pagamento dos prêmios será efetuado, conforme opção indicada na Proposta de Contratação, à vista ou parcelado.

7.2. A primeira parcela do prêmio será de acordo com a opção do Segurado, mencionado na Proposta de Contratação.

7.2.1. Os prêmios relativos às demais parcelas serão pagos, conforme opção feita na Proposta de Contratação, até a data do vencimento do respectivo documento de cobrança.

7.2.2. O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o Seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o pagamento se refere.

7.3. Quando a data limite para pagamento dos prêmios cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º dia útil, posterior ao vencimento, em que houver expediente bancário.

8. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO DO SEGURO E INÍCIO DA VIGÊNCIA

8.1. A vigência do Seguro será de 1(um) ano, sendo facultada a contratação por períodos diferentes (dias, meses ou anos).

8.1.1. A renovação poderá ocorrer de forma automática uma única vez, nos termos da Lei, desde que não haja desistência expressa da Seguradora ou do Segurado até 60 (sessenta) dias antes de seu vencimento.

8.1.2. A partir da segunda renovação, somente poderá ser feita de forma expressa, servindo-se o Segurado de meio que demonstre sua vontade em renovar o Seguro.

8.2. Nos casos de recebimento da Proposta de Contratação com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início vigência da apólice será a partir das 24 horas do dia da recepção da Proposta de Contratação pela Seguradora, ficando condicionada à compensação, caso o adiantamento de valor ocorra através de cheque.

8.3. Nos casos de recebimento da Proposta de Contratação sem adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início vigência da apólice será a partir das 24 horas da data de aceitação da Proposta de Contratação pela Seguradora, ou em data posterior, desde que expressamente determinada na Proposta de Contratação.

8.4. Este Seguro não poderá ser renovado caso a Seguradora tenha suspenso a sua comercialização e/ou o produto tenha sido arquivado perante a SUSEP, desde que seja dada ciência ao Segurado, até 60 (sessenta) dias antes do seu vencimento.

8.5. Caso o valor da importância segurada atinja o Limite Técnico estabelecido pela Seguradora, o Seguro poderá não ser renovado.

8.5.1. Caso o capital Segurado seja superior ao limite técnico, tal valor deverá ser considerado para efeito de pagamento de indenização, independentemente das penalidades cabíveis de não repasse de valor excedente ao referido limite.

8.6. Em cada renovação será emitida nova Apólice pela Seguradora.

8.7. A Renovação deste Seguro também poderá ficar condicionada a aplicação de um AGRAVO no valor do prêmio do Seguro, desde que seja dada ciência ao Segurado, até 60 (sessenta) dias antes do seu vencimento. Este agravo será o percentual necessário de reajuste que deverá incidir sobre a cobertura específica contratada, levando em conta os critérios de reavaliação do risco de cada cobertura.

9. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

9.1. Os capitais Segurados, bem como os prêmios deste Seguro, serão atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas). Tal atualização sempre ocorrerá na data de início de vigência da apólice.

9.2. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais Segurados deverão ser atualizados pelo índice pactuado, desde a data da última atualização do prêmio ou da contribuição até a data e ocorrência do respectivo evento gerador.

9.3. Caberá ao Segurado solicitar à Seguradora, por escrito e em comum acordo, o aumento do capital Segurado, que se submeterá novamente às regras de análise e aceitação do risco.

9.4. Não se aplica a atualização monetária à garantia adicional de Diárias de Incapacidade Temporária, se contratada.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA DO SEGURO

Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, as coberturas deste Seguro cessarão a partir do último dia de vigência do período de cobertura a que se referir o último prêmio pago, ficando o Segurado e seus Beneficiários sem direito a receber indenização referente a qualquer garantia contratada no caso de ocorrência do sinistro.

11. EXTINÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

11.1. Caso, não seja efetuado o pagamento dos prêmios na data do seu vencimento, o Seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interposição judicial ou extrajudicial.

11.2. Haverá ainda a possibilidade de cancelamento por mútuo consentimento das partes contratantes.

11.2.1. No caso do subitem supra, a Seguradora poderá reter o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

11.3. A cobertura prevista por este Seguro se extingue pela ocorrência da Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado.

11.4. Extingue-se ainda o Seguro:

- a) no final do prazo de vigência;
- b) com o esgotamento da Importância Segurada, ou seja, com o pagamento integral da indenização;
- c) terminado o período de vigência, observada a possibilidade de renovação conforme critérios estabelecidos no item 8 acima.

11.4.1. Em qualquer das situações acima se dá automaticamente a extinção do contrato de Seguro sem restituição dos prêmios.

11.5. Fica ainda a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade e o contrato automaticamente cancelado, se o Segurado, seus prepostos ou Beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave, bem como qualquer conduta que tenha por fim a obtenção de vantagem indevida quando da contratação do Seguro, durante o período de vigência e na liquidação de eventual sinistro.

12. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita através de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância das partes contratantes, cabendo salientar que qualquer pedido de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a aceitação do Seguro.

13. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

13.1. Ocorrendo sinistro coberto pelo Seguro deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado ou seus Beneficiários, através do formulário "AVISO DE SINISTRO", ou de carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora;

13.2. Na comunicação, por carta ou telegrama, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

13.3. A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera o Segurado, seu representante ou seus Beneficiários, da obrigação de apresentar o formulário "AVISO DE SINISTRO"

13.4. O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, conforme a natureza do evento, dos documentos básicos abaixo relacionados:

13.5. Em caso de Morte Acidental do Segurado:

- a) Aviso de Sinistro, preenchido pelo Beneficiário, no campo Informações do Segurado, em caso de acidente;
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- c) cópia autenticada do RG ou outro documento de identificação e CPF do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- d) cópia autenticada e atualizada (extraída após o óbito) da Certidão de Casamento do Segurado;
- e) Declaração de Únicos Herdeiros;
- f) cópia autenticada de declaração do INSS informando quem são os dependentes do Segurado na Previdência Social
- g) caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) filho(s), cópia autenticada da Certidão de Nascimento/Certidão de Casamento do(s) mesmo(s), bem como RG, CPF e Comprovante de residência;
- h) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- i) Laudo Conclusivo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML;

- j) Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo;
- k) cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso; e,
- l) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

13.6. Em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Segurado ou representante(s) legal(is) e médico assistente;
- b) cópia autenticada do RG e CPF e comprovante de residência do Segurado;
- c) cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso;
- d) cópia autenticada do atestado de alta médica definitiva, informando as seqüelas deixadas pelo acidente, discriminando o grau de redução funcional do membro ou órgão lesado;
- e) cópia autenticada de todos os resultados dos exames médicos realizados;
- f) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo; e
- g) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

13.7. Despesas Médico-Hospitalares (DMH) e Odontológicas

- a) "Aviso de Sinistro", preenchido e assinado pelo Segurado ou representante(s) legal(is) e médico assistente;
- b) cópia autenticada do CPF, RG e comprovante de residência do Segurado;
- c) originais de todos comprovantes de despesas médico-hospitalares;
- d) cópia autenticada de todos os resultados dos exames médicos realizados;
- e) cópia autenticada da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho – se for o caso;
- f) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo; e
- h) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

13.8. Diárias de Incapacidade Temporária

- a) cópia do RG e CPF do Segurado;
- b) relatório médico onde deverá constar a data do sinistro, diagnóstico e tratamento realizado;
- c) todos os Exames Complementares realizados, com os respectivos laudos médico;
- d) tratando-se de acidente de trabalho, juntar formulário de comprovação de Acidente de Trabalho; e
- e) tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, juntar Boletim de Ocorrência.

13.8.1. Para efeito de prova da incapacidade temporária, a Seguradora, além da auditoria médica, poderá exigir perícia médica.

13.8.2. Todas as despesas efetuadas para a comprovação da incapacidade, relativas aos documentos mencionados no subitem 13.8, correrão por conta do Segurado ou seu representante.

13.9. Para todas as coberturas contratadas, os documentos pessoais deverão ser apresentados em cópias autenticadas, exceto Aviso de Sinistro e comprovantes de despesas, os quais deverão ser apresentados em via original.

13.10. O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

13.11. As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, sendo que o prazo para liquidação de que trata o subitem anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua a contagem será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

13.11.1. A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento de indenização. Nos casos em que a única dúvida a esclarecer seja quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor da indenização, caso o sinistro esteja coberto.

13.12. A constatação da Invalidez Permanente por Acidente conforme definida no subitem 3.5 se fará por declaração médica subscrita por profissional, devidamente habilitado na sua especialização e eventual perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

13.13. Nos casos de divergências sobre a Invalidez Permanente por Acidente, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15(quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

13.13.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. 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.

13.13.2. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data de indicação do membro nomeado pelo Segurado.

13.14. A comprovação das Despesas Médico-Hospitalares previstas no subitem 3.6 deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente, discriminado o tratamento realizado e o material utilizado.

14. FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

14.1. Para recebimento da indenização, deverá ser plenamente provada a ocorrência do evento coberto, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

14.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

14.3. As indenizações por morte natural e acidental, indenização especial por acidente ou invalidez total por acidente podem ser pagas integral ou parcialmente, sob a forma de renda certa, desde que tenha havido opção expressa do Segurado neste sentido, devendo as partes estabelecer o valor da renda mínima inicial.

14.3.1. O valor da renda será atualizado anualmente, no mês em que ocorreu o evento causador do sinistro, pelo índice de correção estabelecido no subitem 9.1, acumulado nos últimos 12 meses que antecedem o mês de atualização, além da aplicação de juros de até 6% (seis por cento) ao ano.

14.3.2. Além da atualização monetária prevista no subitem 14.3.1 destas Condições Gerais, ao valor da renda será acrescido o montante resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos, e a atualização anual aplicada às rendas.

14.4. Mesmo que o Beneficiário indicado pelo Segurado venha a falecer durante o período de recebimento das parcelas do benefício, os pagamentos não se interromperão e serão efetuados, limitados ao saldo residual e ao período indicado inicialmente pelo Segurado, ao cônjuge não separado judicialmente e o restante ao(s) herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de sucessão hereditária.

14.5. Se o pagamento da Indenização devida ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante nos subitens 13.5, 13.6, 13.7, aplicar-se-á, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, correção monetária pelo índice estabelecido neste contrato, considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, mais juros de mora de 6% ao ano a partir dessa data.

15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

a) O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco; b) Ficará prejudicado o direito à indenização, além de ser obrigado ao pagamento do prêmio vencido se o Segurado, seu representante ou seu corretor de Seguros fizerem declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Contratação ou no valor do prêmio.; c) No caso de fraude ou tentativa de fraude simulando sinistro ou agravando suas conseqüências; d) No caso de inobservância da cláusula 17 (Modificações de Risco) por parte do Segurado.

15.1. Se a inexistência ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

15.1.1. Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

a) cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
b) Permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

15.1.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital Segurado:

a) Cancelar o Seguro, após pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
b) Permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

15.1.3. Na hipótese de ocorrência do sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, o Seguro será CANCELADO, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

16. MODIFICAÇÕES DE RISCO

16.1. Quaisquer alterações ocorridas durante a vigência da apólice que impliquem em circunstâncias que modifiquem a natureza dos riscos cobertos, deverão ser comunicadas à Seguradora para que se façam os devidos ajustes.

16.2. Consideram-se alterações de risco, entre outras, as seguintes ocorrências:

a) mudança de profissão do Segurado;
b) mudança de residência do Segurado para outro país.
c) prática de esportes (profissional ou amador) tais como: balonismo, asa-delta, vôo-livre, pára-quedismo, hipismo, mergulho com equipamentos de ar comprimido, esqui-aquático e na neve, motociclismo, automobilismo, boxe, lutas-livres, artes marciais e demais esportes considerados de alto risco.
d) uso habitual de substâncias alcoólicas ou entorpecentes de quaisquer espécies, bem como o hábito de fumar.

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

16.3.1. Tal comunicação será submetida novamente à análise de aceitação do Risco.

16.3.2. Poderá a Seguradora, dentro dos 15(quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, dar ciência, por escrito, da decisão de cancelar a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

16.3.3. O cancelamento do Seguro em razão da situação descrita no subitem acima só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao Segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

16.4. A não comunicação de circunstâncias que caracterizem o agravamento de risco implicará na perda ao direito da indenização do Seguro, conforme previsto no artigo 769 do Novo Código Civil que dispõe sobre o dever do Segurado em comunicar ao Segurador todo incidente que de qualquer modo possa agravar o risco.

17. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

17.1. Cabe exclusivamente ao Segurado nomear ou substituir seus Beneficiários, através de documento escrito.

17.2. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente o próprio Segurado será o Beneficiário.

17.3. Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o Seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

17.3.1. O Segurador, que não for identificado oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital Segurado ao antigo Beneficiário.

17.4. Na falta de indicação da pessoa ou Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

17.4.1. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

17.5. É válida a instituição do companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

17.6. O Segurado poderá substituir seus Beneficiários, a qualquer tempo, mediante aviso prévio e escrito à Seguradora.

17.7. Nenhuma alteração de Beneficiários terá validade se não constar na declaração escrita do Segurado.

18. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

O Seguro dará cobertura por todo o Globo Terrestre.

19. DO FORO

19.1. As questões judiciais, entre Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

19.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no subitem acima.

20. DISPOSIÇÕES FINAIS

20.1. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.

20.2. 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.

20.3. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

20.4. Não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado.

20.5. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de Seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número do seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

20.6. Os tributos decorrentes do presente Contrato de Seguro serão pagos por quem a lei determinar.