

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

	ÍNDICE
OUVIDORIA	03
DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS	05
CONDIÇÕES GERAIS	09
1. Objetivo do Seguro.....	09
2. Garantias do Seguro.....	09
3. Prazo de Vigência.....	23
4. Condições de Contratação do Seguro.....	24
5. Aceitação do Seguro.....	24
6. Número Mínimo de Segurados para Aceitação e Manutenção do Seguro.....	25
7. Capital Segurado.....	25
8. Atualização e Alteração do Capital Segurado.....	25
9. Revisão do Prêmio e do Capital Segurado.....	26
10. Inclusão de Segurados.....	26
11. Renovação do Seguro.....	26
12. Riscos Excluídos.....	26
13. Regime Financeiro.....	27
14. Prova do Seguro.....	27
15. Reavaliação e Ajuste de taxa.....	27
16. Cancelamento.....	28
17. Término da Cobertura Individual.....	28
18. Das Obrigações do Estipulante e Sub-Estipulante.....	28
19. Outros Seguros.....	29
20. Custeio do Seguro.....	29
21. Pagamento do Prêmio.....	30
22. Beneficiários.....	31
23. Indenização.....	32
24. Procedimentos em Caso de Sinistro.....	33
25. Âmbito Territorial de Cobertura.....	37
26. Alteração do Seguro.....	37
27. Prescrição.....	38
28. Foro.....	38
CLAUSULAS SUPLEMENTARES	39
INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE	39
1. Objetivo.....	39
2. Inclusão.....	39
3. Condição do Cônjuge.....	39
4. Limite de Capital.....	39
5. Garantias dessa Cláusula.....	39
6. Início de Garantia.....	39
7. Beneficiário.....	39
8. Cessão dessa Cláusula.....	39
INCLUSÃO DE FILHOS	40
1. Objetivo.....	40
2. Inclusão.....	40
3. Condição do Cônjuge.....	40
4. Limite de Capital.....	40

CONDIÇÕES GERAIS
ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

5. Garantias dessa Cláusula.....	40
6. Início de Garantia.....	40
7. Beneficiário.....	40
8. Cessão dessa Cláusula.....	40

INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE.....	41
1. Objetivo.....	41
2. Inclusão.....	41
3. Condição do Cônjuge.....	41
4. Limite de Capital.....	41
5. Garantias dessa Cláusula.....	41
6. Início de Garantia.....	41
7. Beneficiário.....	41
8. Cessão dessa Cláusula.....	41

DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO.....	42
1. Objetivo.....	42
2. Receitas.....	42
3. Despesas.....	42
4. Atualizações.....	42
5. Da Distribuição.....	42

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

OUVIDORIA

É um canal independente de comunicação, criado para auxiliar os clientes na solução de eventuais divergências sobre o contrato de seguro, podendo ser usado depois de esgotados os canais regulares de atendimento, tais como SAC (Serviço de Atendimento a Clientes) e departamentos envolvidos na divergência em questão.

OBJETIVOS DA OUVIDORIA

As empresas Alfa Seguradora S.A. – CNPJ 02.713.529/0001-88 – Código SUSEP 0646-7 e Alfa Previdência e Vida S.A. – CNPJ 02.713.530/0001-02 – Código SUSEP 0289-5 instituíram a figura do Ouvidor com os seguintes objetivos:

- Receber os recursos dos clientes;
- Informar sobre o encaminhamento e andamento dado à sua solicitação;
- Apreciar e resolver os eventuais conflitos de interesse que surjam na execução dos respectivos contratos de seguros ou previdência privada, protegendo seus direitos e garantindo a equidade de suas relações com nossas empresas;
- Conhecer as opiniões, os anseios, insatisfações e elogios dos clientes.

QUEM PODE RECORRER

Os segurados, beneficiários, terceiros, corretores em nome de clientes, estipulantes e representantes legais que discordem de decisões tomadas pelas nossas empresas em questões derivadas dos respectivos contratos de seguros, ou que já tenham decorrido 30 (trinta) dias do pedido formulado.

Para maior agilidade do processo o pedido de análise, com a documentação respectiva, poderá ser enviado pelo corretor de seguros ao Ouvidor.

O QUE PROCEDE

1º) Os canais regulares de atendimento (SAC – Serviço de Atendimento a Clientes) e departamentos envolvidos, devem ter analisado o pedido antes de o recurso ser apresentado à Ouvidoria.

2º) Somente serão analisados os casos cujas reclamações não tenham sido objeto de ação judicial ou tenham recorrido aos órgãos de proteção e defesa do consumidor.

COMO RECORRER

O recurso é gratuito, deve ser formulado por escrito e encaminhado a:

OUVIDORIA – Alfa Seguradora

Alameda Santos, nº 466 – 7º andar - CEP: 01418-000 - São Paulo – SP

E-mail: ouvidoria@alfaseq.com.br

Telefone: 0800-774-2352

Para uso exclusivo de deficientes auditivos: 0800 770 5140

Após acusar o recebimento dos recursos, o Ouvidor analisará cada caso tendo o prazo de até 15 (quinze) dias para sua resolução.

MAIOR GARANTIA PARA O SEGURADO

As decisões do Ouvidor serão acatadas pelas Empresas, obedecidos aos termos do Regulamento da Ouvidoria.

Permanece inalterado o direito do cliente de recorrer ao judiciário, a qualquer momento, ou caso não aceite a decisão do Ouvidor, obedecidos aos prazos prescricionais em vigor.

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

QUEM É O OUVIDOR

Profissional com os seguintes princípios de atuação:

Isenção: Sem vínculo empregatício com as Empresas.

Conhecimento: Profundo domínio das questões sobre seguros e referencial para o mercado.

Autonomia: As decisões serão cumpridas pelas Empresas.

Moral: A reputação é credencial de equilíbrio, justiça e ética.

A FUNÇÃO DO OUVIDOR

Proteger os direitos dos Segurados e demais clientes, zelando pela equidade de suas relações com as empresas.

CONHEÇA O REGULAMENTO

Consulte o Regulamento da Ouvidoria disponibilizado em:

www.alfaseguradora.com.br

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

▲ **Acidente Pessoal:** É 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 causa, tenha como consequência direta a Morte ou a Invalidez Permanente Total ou Parcial do **Segurado** ou torne necessário o tratamento médico.

Incluem-se, ainda, no conceito:

- O suicídio ou a sua tentativa;
- Acidentes decorrentes da ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o **Segurado** ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- Acidentes decorrentes do escapamento acidental de gases e vapores;
- Acidentes decorrentes de Sequestros e tentativas de sequestros; e
- Alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas;

Para fins deste seguro, **NÃO** se incluem no conceito de acidente pessoal as:

- Doenças (inclusive 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;
- Intercorrências ou complicações consequentes à realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal ora definido nestas Condições Gerais.

▲ **Agravamento do Risco:** Circunstâncias ou alterações que aumentam a intensidade e/ou a probabilidade da ocorrência do risco.

▲ **Apólice:** É o documento emitido pela **Seguradora** que comprova a relação contratual com o **Estipulante** e formaliza a aceitação do risco.

▲ **Aviso de Sinistro:** Comunicação do **Segurado** ou seu(s) beneficiário(s) à **Seguradora** sobre a ocorrência de um evento ou sinistro.

▲ **Beneficiário(s):** É a pessoa a favor da qual é devida a indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado.

▲ **Capital Segurado:** É a importância máxima estabelecida para cada garantia deste seguro, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto.

▲ **Carência:** É o espaço de tempo durante o qual o **Segurado** e/ou seus beneficiários, mesmo com o pagamento dos prêmios, não têm direito a determinadas garantias.

▲ **Certificado Individual de Seguro:** É o documento expedido pela **Seguradora** que formaliza a aceitação do proponente do grupo segurável.

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

- ▲ **Condições contratuais:** É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso, do contrato e da proposta de adesão.
- ▲ **Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos, dos **Segurados**, dos Beneficiários, do **Estipulante**, do **Sub-Estipulante** e da **Seguradora** e que integram a apólice.
- ▲ **Contrato:** É o instrumento jurídico firmado entre o **Estipulante** e/ou **Sub-estipulante** e a **Seguradora**, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do **Estipulante** e/ou **Sub-estipulante**, da **Seguradora**, dos segurados, e dos beneficiários.
- ▲ **Corretor de Seguros:** É a pessoa física ou jurídica devidamente habilitada e registrada junto à SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) para intermediar e promover a realização de plano de seguro entre os **Estipulantes**, **Sub-Estipulantes** e/ou **Segurados** junto à **Seguradora**, sendo o corretor responsável pela orientação destes no que se refere às Coberturas, Obrigações e Exclusões do contrato.
- ▲ **Estipulante ou Sub-Estipulante:** É a pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que contrata o seguro e representa os **Segurados** perante a **Seguradora**, sendo expressamente vedada a atuação como **Estipulante** ou **Sub-Estipulante** por parte de corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes; corretores de seguro e; sociedades seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes. Esta vedação não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.
- ▲ **Evento Coberto:** É o acontecimento futuro, possível e incerto, em virtude do qual o Beneficiário pode receber a Indenização prevista na(s) garantia(s) contratada(s).
- ▲ **Evento Preexistente:** É toda doença contraída, ainda que não manifestada, ou acidente ocorrido com o **Segurado** titular ou dependente, anteriormente à data do início de vigência do seguro.
- ▲ **Excedente Técnico:** É a participação estabelecida no Contrato sobre o saldo positivo apurado pela diferença entre as receitas e as despesas da apólice, relativas a cada ano de sua vigência, que será calculado no final deste período.
- ▲ **Franquia:** Período durante o qual o **Segurado** é responsável pelos prejuízos decorrentes de um sinistro.
- ▲ **Garantias/Coberturas:** São as obrigações que a Seguradora assume perante o Estipulante, Sub-Estipulante e/ou Segurado, quando da ocorrência de um evento coberto.
- ▲ **Grupo Segurado:** É o conjunto de componentes do grupo segurável efetivamente aceitos e incluídos no seguro, cuja cobertura esteja em vigor.
- ▲ **Grupo Segurável:** São as pessoas vinculadas ao **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** que, estando em perfeitas condições de saúde e plena atividade de suas funções profissionais, podem ser incluídas no seguro.
- ▲ **Indenização:** É o valor que a **Seguradora** paga ao **Segurado** ou a seu Beneficiário em decorrência de sinistro coberto, limitado ao valor do Capital Segurado estabelecido para cada garantia contratada e demais condições do seguro.
- ▲ **Médico:** É o profissional legalmente habilitado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico o próprio **Segurado**, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

- ▲ **Nota Técnica Atuarial:** É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.
- ▲ **Período de Cobertura:** É o período durante o qual o **Segurado** ou seus beneficiários farão jus aos Capitais Segurados contratados.
- ▲ **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- ▲ **Proponente:** É o componente do Grupo Segurável que propõe sua adesão ao seguro e que passará à condição de **Segurado** titular somente após a sua aceitação pela **Seguradora**.
- ▲ **Proposta de adesão:** É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- ▲ **Proposta de contratação:** É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- ▲ **Regime Financeiro de Repartição Simples:** É a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados da apólice e/ou pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.
- ▲ **Reintegração:** É a recomposição do Capital Segurado de uma Cobertura, na mesma proporção em que foi reduzido em função da ocorrência de um sinistro coberto pela apólice.
- ▲ **Risco:** Probabilidade de ocorrência de evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do **Segurado** ou Beneficiário do Seguro, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.
- ▲ **Riscos Excluídos:** Eventos preestabelecidos nas Condições Gerais e Especiais do seguro, que isentam a **Seguradora** de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento relativo a estes eventos.
- ▲ **Seguradora:** É a Alfa Previdência e Vida S.A., denominada nas Cláusulas do contrato apenas **Seguradora**, empresa autorizada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) a funcionar no Brasil como tal. A **Seguradora**, recebendo o prêmio, assume o risco e garante indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo contrato.
- ▲ **Segurados:** Termo genérico que se aplica tanto ao **Segurado Titular** como ao **Segurado Dependente**.
- ▲ **Segurados Titulares:** São as pessoas físicas que mantêm vínculo com o **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** e que, por adesão, são incluídas neste seguro.
- ▲ **Segurados Dependentes:** O cônjuge/companheiro(a), os filhos, os enteados e os menores considerados dependentes do **Segurado** Titular, cujos direitos e deveres estão descritos nas Cláusulas Suplementares e desde que estas tenham sido contratadas e ratificadas no Contrato.
- ▲ **Sinistro:** Termo que define o acontecimento do evento previsto e coberto no contrato.
- ▲ **SUSEP – Superintendência de Seguros Privados:** É o órgão responsável pelo controle e pela fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

▲ **Vigência:** É o período de tempo que determina o início e o fim da validade do seguro e das garantias contratadas.

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

CONDIÇÕES GERAIS

Estas Condições aplicam-se a todas as Garantias contratadas pelo *Estipulante*, *Sub-Estipulante* e/ou *Segurado*, dentro da apólice, com exceção dos pontos em que forem expressamente modificadas pelo Contrato.

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

O *Estipulante*, *Sub-Estipulante* e/ou *Segurado* poderão consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Recomendamos a leitura atenta deste manual, especialmente no que se refere a RISCOS EXCLUÍDOS do seguro.

1. OBJETIVO

O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao *Segurado* ou a seus beneficiários, caso venha ocorrer um sinistro coberto pela apólice durante sua vigência e em consequência direta dos riscos expressamente convencionados nas coberturas contratadas, conforme estas Condições Gerais, Contrato e Cláusulas Suplementares mencionadas neste manual, **exceto se decorrente dos riscos excluídos**.

2. GARANTIAS DO SEGURO

As garantias deste seguro dividem-se em Garantias Básicas e Adicionais, podendo ser contratadas de acordo com a opção feita pelo *Estipulante* e/ou *Sub-Estipulante* na Proposta de Contratação e ratificadas no Contrato, em favor dos *Segurados*.

Constarão do Contrato de cada apólice as garantias escolhidas pelo *Estipulante* e/ou *Sub-Estipulante*, suas particularidades e respectivos critérios de composição dos capitais segurados, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Garantias Básicas para a validade deste seguro.

As garantias adiante relacionadas deverão ser sempre consideradas em conjunto com o que dispõe os riscos excluídos, constantes no item 12 das Condições Gerais deste manual.

2.1. GARANTIA BÁSICA

▲ Morte Acidental (MA)

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização em caso de falecimento do *Segurado*, decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

Seguro de Menores

A Garantia de Morte Acidental, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, as quais podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

▲ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

Garante ao *Segurado* o pagamento de uma indenização em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto com o *Segurado*, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado.

CONDIÇÕES GERAIS

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

No caso de Invalidez Permanente por Acidente, desde que seja definitivo o caráter da invalidez, a **Seguradora** pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente		% sobre o Capital Segurado
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	Discriminação	
	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente		% sobre o Capital Segurado
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSOS	Discriminação	
	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

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente		% sobre o Capital Segurado
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS SUPERIORES	Discriminação	
	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 dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.		

CONDIÇÕES GERAIS

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
	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 tíbia-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 dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a ½; dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	• de 5 centímetros ou mais	15
	• de 4 centímetros	10
	• de 3 centímetros	6
• menos de 3 centímetros	0	

PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	05
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total de nariz com perda de olfato	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias Lacrimais	
	Unilateral	07
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra	
	Ectrópio unilateral	03
	Ectrópio bilateral	06
	Entrópio unilateral	07
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	03
	Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05	
Ptose palpebral bilateral	10	

CONDIÇÕES GERAIS

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		
DIVERSAS	APARELHO DE FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	08
	Amputação total de duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	05
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATORIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia parcial ou total)	
	Com função respiratória preservada	15
	Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Com redução em grau médio da função respiratória	50
	Com insuficiência respiratória	75
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20	
Gastrectomia total	40	
INTESTINO DELGADO		
Ressecção parcial	20	
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40	

CONDIÇÕES GERAIS

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		
DIVERSAS	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colostomia definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	FIGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	SINDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefaleia)	20
	Síndrome pós-concussional	05

- a) No caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido à percentagem de redução prevista na tabela para perda total do membro, órgão ou parte atingida;
- b) Na falta de indicação da percentagem de redução, 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);
- c) 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;**
- d) Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para o caso de Invalidez Permanente por Acidente;
- e) Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à percentagem da indenização prevista para sua perda total;
- f) Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitivo;
- g) A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente;
- h) A Invalidez Permanente por Acidente deve ser comprovada através de declaração médica que a ateste, podendo ainda esta ser complementada pela Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez fornecida pelo INSS, caso este a tenha concedido, bem como por resultados de exames realizados em virtude do acidente;
- i) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente total ou parcial por acidente.**

▲ Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

Garante ao **Segurado** o pagamento de uma indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente em virtude de lesão física causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto com o **Segurado**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado.

CONDIÇÕES GERAIS

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, o segurado será imediata e automaticamente cancelado, sendo devolvido o valor do prêmio eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, atualizado monetariamente.

Não restando comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, desde que seja definitivo o caráter da invalidez, a **Seguradora** pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente		% sobre o Capital Segurado
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	Discriminação	
	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

- Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para o caso de Invalidez Permanente Total por Acidente;
- Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder a percentagem da indenização prevista para sua perda total;
- Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitivo;
- A Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser comprovada através de declaração médica que a ateste, podendo ainda esta ser complementada pela Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez fornecida pelo INSS, caso este a tenha concedido, bem como por resultados de exames realizados em virtude do acidente;
- A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente total ou parcial por acidente.**

▲ Morte Acidental - Auxílio Funeral

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor correspondente às despesas do funeral, em caso de falecimento do **Segurado Titular** ou **Dependente** decorrente, **exclusivamente**, de acidente pessoal coberto. Esta cobertura poderá ser contratada de forma adicional ao capital segurado de Morte Acidental ou dedutível deste.

Forma de Pagamento

O pagamento do Auxílio Funeral poderá ser feito em forma de indenização no valor do capital segurado contratado para esta garantia, ou através de reembolso dos valores gastos com o funeral, mediante apresentação das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas.

O pagamento do Auxílio Funeral não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais que possam ter sido contratadas.

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

▲ Morte Acidental - Cesta Básica – Auxílio Alimentação

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor determinado no Contrato a título de Auxílio Alimentação – Cesta Básica, em caso de falecimento do **Segurado Titular** decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto.

Forma de Pagamento

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia ou através da contratação de empresa que providenciará a entrega de Cestas Básicas mensalmente, observado o valor do capital segurado, a critério do segurado e conforme determinado no Contrato do seguro.

▲ Morte Acidental – Auxílio Despesas Gerais

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor determinado no Contrato a título de Despesas Gerais, em caso de falecimento do **Segurado Titular** decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto.

Forma de Pagamento

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização variável, de acordo com a despesa indicada na proposta de contratação do seguro, limitado ao valor do capital segurado, conforme estabelecido no Contrato do seguro.

▲ IPTA – Auxílio Despesas Gerais

Garante ao **Segurado** o pagamento de um valor determinado no Contrato a título de Despesas Gerais, em virtude de lesão física causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto com o Segurado, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado.

Forma de Pagamento

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização variável, de acordo com a despesa indicada na proposta de contratação do seguro, limitado ao valor do capital segurado, conforme estabelecido no Contrato do seguro.

▲ Morte Acidental – Assistência Funeral

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização em caso de falecimento do Segurado Titular ou Dependentes, decorrente, **exclusivamente**, de acidente pessoal coberto, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

Forma de Pagamento

O Segurado poderá escolher livremente entre o pagamento da indenização ou a utilização da prestação de serviços de assistência funeral em caso de falecimento do Segurado Titular ou Dependentes, decorrente, **exclusivamente**, de acidente pessoal coberto, de acordo com o padrão e o plano contratados determinados no Contrato.

A prestação de serviços de Assistência Funeral não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais que possam ter sido contratadas.

Padrões de Atendimento da Assistência

▲ PADRÃO STANDARD

Atendimento Social

Na ocorrência de falecimento do **Segurado**, **exclusivamente por acidente**, um familiar ou amigo deste deverá comunicar a **Seguradora** para que a mesma tome todas as providências que se façam necessárias, através, inclusive, de atendentes **in loco**, isentando assim a família de qualquer trabalho e/ou despesa referentes aos serviços necessários para o completo atendimento do evento.

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Funeral

Será executado o Funeral completo, com as seguintes coberturas:

Urna: urna de madeira com ou sem visor, padrão standard e ornamentação de acordo com a preferência da família do segurado

Flores: 01 (uma) coroa, em nome da família

Enfeite floral: 01 (uma) ornamentação na sala de velório

Véu: véu simples para cobrir o corpo

Preparação do corpo: banho, barba, vestimenta (ato de vestir), etc. (higienização básica mais preparação e tamponamento)

Jogo de Paramentos: castiçais e velas que ficarão no local do velatório, bem como os aparelhos de ozona

Veículo: carro fúnebre dentro do município de residência

Documentação: registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da certidão de óbito.

Presença: livro ou folha para assinaturas

Capela: locação de salas velatórias públicas. Em salas particulares os valores deverão ser similares aos das salas públicas.

Taxa de Sepultamento

Sepultamento: em túmulo (ou jazigo) da família com o pagamento da taxa de sepultamento, desde que a mesma seja compatível com os custos da taxa dos Cemitérios Públicos. Não está prevista a locação de Jazigo.

Cremação: Não há cobertura para cremação neste plano.

Traslado: Transporte do corpo, do local onde ocorreu o falecimento para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado e em uma mortuária apropriada. O traslado será oferecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do segurado, constante na apólice. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.

Transmissão de mensagens urgentes: Através do atendimento da Assistência Funeral será possível transmitir mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do segurado.

Religião ou Credo: Todos os serviços mencionados acima serão executados sempre respeitando as condições de religiosidade ou credo solicitado pela família.

▲ PADRÃO ESPECIAL

Atendimento Social

Na ocorrência de falecimento do **Segurado, exclusivamente por acidente**, um familiar ou amigo deste deverá comunicar a **Seguradora** para que a mesma tome todas as providências que se façam necessárias, através, inclusive, de atendentes **in loco**, isentando assim a família de qualquer trabalho e/ou despesa referentes aos serviços necessários para o completo atendimento do evento.

Funeral

Será executado o Funeral completo, com as seguintes coberturas:

Urna: urna de madeira com ou sem visor, padrão standard e ornamentação de acordo com a preferência da família do segurado

Flores: 01 (uma) coroa, em nome da família

Enfeite floral: 01 (uma) ornamentação na sala de velório

Véu: véu simples para cobrir o corpo

CONDIÇÕES GERAIS

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Preparação do corpo: banho, barba, vestimenta (ato de vestir), etc. (higienização básica mais preparação e tamponamento)

Jogo de Paramentos: castiçais e velas que ficarão no local do velatório, bem como os aparelhos de ozona

Veículo: carro fúnebre dentro do município de residência

Documentação: registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da certidão de óbito.

Presença: livro ou folha para assinaturas

Capela: locação de salas velatórias públicas. Em salas particulares os valores deverão ser similares aos das salas públicas.

Taxa de Sepultamento

Sepultamento: em túmulo (ou jazigo) da família com pagamento da taxa de sepultamento, desde que a mesma seja compatível com os custos da taxa dos cemitérios públicos. Na hipótese da necessidade de locação, será providenciada a locação em Cemitérios Públicos, por um período de até 3 (três) anos, a contar da data de óbito. Caso a família ou responsável opte por locação em Cemitério Particular, os custos deverão ser compatíveis aos dos Cemitérios Públicos.

Cremação: Não há cobertura para cremação neste plano.

Traslado: Transporte do corpo, do local onde ocorreu o falecimento para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado e em uma mortuária apropriada. O traslado será oferecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do segurado, constante na apólice. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.

Transmissão de mensagens urgentes: Através do atendimento da Assistência Funeral será possível transmitir mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do segurado.

Religião ou Credo: Todos os serviços mencionados acima serão executados sempre respeitando as condições de religiosidade ou credo solicitado pela família.

▲ PADRÃO LUXO

Atendimento Social

Na ocorrência de falecimento do **Segurado, exclusivamente por acidente**, um familiar ou amigo deste deverá comunicar a **Seguradora** para que a mesma tome todas as providências que se façam necessárias, através, inclusive, de atendentes **in loco**, isentando assim a família de qualquer trabalho e/ou despesa referentes aos serviços necessários para o completo atendimento do evento.

Funeral

Será executado o Funeral completo, com as seguintes coberturas:

Urna: uma de madeira com ou sem visor, padrão standard e ornamentação de acordo com a preferência da família do segurado

Flores: 02 (duas) coroas, em nome da família

Enfeite floral: 01 (uma) ornamentação na sala de velório

Véu: véu simples para cobrir o corpo

Preparação do corpo: banho, barba, vestimenta (ato de vestir), etc. (higienização básica mais preparação e tamponamento)

Jogo de Paramentos: castiçais e velas que ficarão no local do velatório, bem como os aparelhos de ozona

Veículo: carro fúnebre dentro do município de residência

Documentação: registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da certidão de óbito.

Presença: livro ou folha para assinaturas

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Capela: Locação de salas velatórias públicas. Em salas particulares os valores deverão ser similares aos das salas públicas.

Taxa de Sepultamento

Sepultamento: em túmulo (ou jazigo) da família com pagamento da taxa de sepultamento, desde que a mesma seja compatível com os custos da taxa dos cemitérios públicos. Na hipótese da necessidade de locação, será providenciada a locação em Cemitérios Públicos, por um período de até 3 (três) anos, a contar da data de óbito. Caso a família ou responsável opte por locação em Cemitério Particular, os custos deverão ser compatíveis aos dos Cemitérios Públicos.

Cremação: será efetuada somente quando o falecido, em vida, deixar por escrito (registro em cartório) ou outra forma legal. Nessa hipótese, o serviço será executado na cidade do óbito ou se não houver na cidade este serviço, será na cidade mais próxima, no Brasil, e as cinzas serão entregues aos familiares.

As despesas com passagem e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Cremação correrão por conta da família.

Traslado: Transporte do corpo, do local onde ocorreu o falecimento para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado e em uma mortuária apropriada. O traslado será oferecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do segurado, constante na apólice. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.

Transporte Familiar: Em caso de falecimento onde houver a necessidade legal da presença de um membro da família para liberação do corpo, será fornecida uma passagem aérea de ida e volta.

Transmissão de mensagens urgentes: Através do atendimento da Assistência Funeral será possível transmitir mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do segurado.

Religião ou Credo: Todos os serviços mencionados acima serão executados sempre respeitando as condições de religiosidade ou credo solicitado pela família.

▲ PADRÃO PREMIUM

Atendimento Social

Na ocorrência de falecimento do **Segurado**, **exclusivamente por acidente**, um familiar ou amigo deste deverá comunicar a **Seguradora** para que a mesma tome todas as providências que se façam necessárias, através, inclusive, de atendentes **in loco**, isentando assim a família de qualquer trabalho e/ou despesa referentes aos serviços necessários para o completo atendimento do evento.

Funeral

Será executado o Funeral completo, com as seguintes coberturas:

Urna: uma de madeira com ou sem visor, padrão luxo e ornamentação de acordo com a preferência da família do segurado

Flores: 02 (duas) coroas, em nome da família

Enfeite floral: 02 (duas) ornamentações na sala de velório

Véu: véu simples para cobrir o corpo

Preparação do corpo: banho, barba, vestimenta (ato de vestir), etc. (higienização básica mais preparação e tamponamento)

Jogo de Paramentos: castiçais e velas que ficarão no local do velatório, bem como os aparelhos de ozona

Veículo: carro fúnebre dentro do município de residência

Documentação: registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da certidão de óbito.

Presença: livro ou folha para assinaturas

CONDIÇÕES GERAIS

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Capela: locação de salas velatórias públicas. Em salas particulares os valores deverão ser similares aos das salas públicas.

Taxa de Sepultamento

Sepultamento: em túmulo (ou jazigo) da família com pagamento da taxa de sepultamento, desde que a mesma seja compatível com os custos da taxa dos cemitérios públicos. Na hipótese da necessidade de locação, será providenciada a locação em Cemitérios Públicos, por um período de até 3 (três) anos, a contar da data de óbito. Caso a família ou responsável opte por locação em Cemitério Particular, os custos deverão ser compatíveis aos dos Cemitérios Públicos.

Cremação: será efetuada somente quando o falecido, em vida, deixar por escrito (registro em cartório) ou outra forma legal. Nessa hipótese, o serviço será executado na cidade do óbito ou se não houver na cidade este serviço, será na cidade mais próxima, no Brasil, e as cinzas serão entregues aos familiares.

As despesas com passagem e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Cremação correrão por conta da família

Traslado: Transporte do corpo, do local onde ocorreu o falecimento para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado e em uma mortuária apropriada. O traslado será oferecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do segurado, constante na apólice. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.

Transporte Familiar: Em caso de falecimento onde houver a necessidade legal da presença de um membro da família para liberação do corpo, será fornecida uma passagem aérea de ida e volta.

Transmissão de mensagens urgentes: Através do atendimento da Assistência Funeral será possível transmitir mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do segurado.

Religião ou Credo: Todos os serviços mencionados acima serão executados sempre respeitando as condições de religiosidade ou credo solicitado pela família.

Riscos Excluídos

Além dos demais riscos constantes no item 13 deste manual excluem-se da cobertura de Morte Acidental – Assistência Funeral, para todos os tipos de padrão:

- a) Roupas em geral;
- b) Anúncio em rádio ou jornal;
- c) Missa de 7º dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
- d) Xerox da documentação;
- e) Café, bebidas, refeições em geral;
- f) Compra de jazigo;
- g) Confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
- h) Lápides e/ou gravações;
- i) Cruzes;
- j) Reforma em geral no jazigo;
- k) Exumação de corpo em jazigo da família;
- l) Custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
- m) Despesas de qualquer natureza que não sejam relacionadas diretamente com o funeral, não previstas nestas Condições Gerais;
- n) Quaisquer reembolsos de despesas providenciadas diretamente pela família, mesmo que cobertas pela presente assistência;

CONDIÇÕES GERAIS

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

o) Necromaqueiagem (as técnicas de preservação – tanatopraxia e embalsamento – terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, considerando esta despesa como parte dos valores de cobertura estipulados.

2.2. GARANTIAS ADICIONAIS

▲ Despesas Médico-Hospitalares (DMH)

Garante o reembolso de Despesas Médico-Hospitalares e odontológicas, efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente, decorrente exclusivamente, de acidente pessoal coberto, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

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

As despesas efetuadas no exterior serão reembolsadas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitado o limite do capital segurado contratado.

Possuindo o Segurado mais de uma apólice na Seguradora ou em outra companhia, garantindo Despesas Médico-Hospitalares e odontológicas, a responsabilidade da Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados em todas as apólices em vigor na data do evento.

Riscos Excluídos

Excluem-se ainda da garantia de Despesas Médico-Hospitalares e odontológicas, além dos demais riscos constantes no item 12 deste manual, as despesas decorrentes de:

- a) estado de convalescença (após a alta médica);
- b) despesas de acompanhantes;
- c) aparelhos que se referem a órtese de qualquer natureza e próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

▲ Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT)

Garante o pagamento de um valor determinado no Contrato do seguro em caso de incapacidade temporária ocorrida, exclusivamente, por acidente pessoal, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária do Segurado exercer todas as suas atividades profissionais por um período superior a franquia e limitada a quantidade de diárias contratadas, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela Seguradora.

Esta cobertura poderá destinar-se à Autônomos, Profissionais Liberais ou a Profissionais Registrados, o que será determinado no Contrato do seguro

Limite de Diárias

Observado o limite máximo contratual de 360 (trezentos e sessenta) diárias, estas são devidas a partir do 16º (décimo sexto) dia de caracterização da incapacidade.

O valor e a quantidade de diárias contratadas serão estabelecidos no Contrato.

Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não poderá superar a quantidade contratada.

Forma de Pagamento

Esta garantia será paga ao Segurado, de uma só vez, ou através de prestações periódicas, a critério do segurado e na forma convencionada no Contrato do seguro.

CONDIÇÕES GERAIS

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

O início do pagamento desta garantia se dará a partir do primeiro dia subsequente ao término da franquia, até o limite de dias/meses determinado no Contrato do seguro.

Franquia

Nesta cobertura há uma franquia de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais pelo Segurado por determinação médica, período em que o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento.

▲ Diária de Incapacidade Temporária - Cesta Básica – Afastamento por Acidente de Trabalho

Em caso de afastamento do segurado titular, decorrente exclusivamente de Acidente de Trabalho, será pago o valor determinado no Contrato, mensalmente, a título de Auxílio Alimentação.

Limite de Diárias

Observado o limite máximo contratual de 360 (trezentos e sessenta) diárias, o período de afastamento será calculado a partir do 16º dia de afastamento e será devido quando completar 30 dias após esta data, devidamente atestado por médico legalmente habilitado.

Os valores correspondentes às cestas básicas dos meses subsequentes serão devidos sempre que se completar 30 dias de afastamento, contados a partir do final do período calculado para cesta do mês anterior, limitado a quantidade de meses de cobertura e o valor indicados no Contrato.

Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não poderá superar a quantidade contratada.

Forma de Pagamento

O pagamento desta garantia será efetuado ao Estipulante, que se encarregará de repassar ao segurado este valor ou entregar a(s) cesta(s) básica(s) no valor correspondente.

Franquia

Nesta cobertura há uma franquia de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais pelo Segurado por determinação médica, período em que o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento.

▲ Diárias de Internação Hospitalar (DIH)

Garante ao Segurado o pagamento de diárias por hospitalização, em caso de internação hospitalar do segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, quando este ocorrer dentro do período de cobertura e desde que justificado e reconhecido pela prática médica.

Esta cobertura poderá destinar-se à Autônomos, Profissionais Liberais ou a Profissionais Registrados, o que será determinado no Contrato do seguro

Limite de Diárias

A diária de internação hospitalar a ser paga corresponde ao número de dias em que o segurado ficar internado. Observado o limite máximo contratual de 360 (trezentos e sessenta) diárias, estas são devidas a partir do 2º (segundo) dia de caracterização da internação hospitalar.

O valor e a quantidade de diárias contratadas serão estabelecidos no Contrato.

Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não poderá superar a quantidade contratada.

Forma de Pagamento

Esta garantia será paga ao Segurado, de uma só vez, ou através de prestações periódicas, a critério do segurado e na forma convencionada no Contrato do seguro.

CONDIÇÕES GERAIS

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

O início do pagamento desta garantia se dará a partir do primeiro dia subsequente ao término da franquia, até o limite de dias/meses determinado no Contrato do seguro.

Franquia

A cada evento coberto não será considerado para efeito de indenização o primeiro dia de internação.

Riscos Excluídos

Excluem-se ainda desta garantia adicional, além dos demais riscos constantes no item 12 deste manual, as internações hospitalares clínicas ou cirúrgicas objetivando a realização de:

- a) tratamentos de lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias;
- b) internação hospitalar para o tratamento de qualquer doença;
- c) partos, interrupção provocada da gravidez e suas consequências;
- d) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro;
- e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão do evento ocorrido da vigência do seguro;
- f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- g) tratamento por senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
- h) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal.

▲ Diárias de Internação Hospitalar - UTI (DIH - UTI)

Garante ao Segurado o pagamento de diárias por hospitalização em UTI – Unidade de Terapia Intensiva, em caso de internação hospitalar em UTI do segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, e desde que justificado e reconhecido pela prática médica.

Esta cobertura poderá destinar-se à Autônomos, Profissionais Liberais ou a Profissionais Registrados, o que será determinado no Contrato do seguro.

Limite de Diárias

A diária de internação hospitalar em UTI a ser paga corresponde ao número de dias em que o segurado ficar internado em UTI – Unidade de Terapia Intensiva, Observado o limite máximo contratual de 360 (trezentos e sessenta) diárias, estas são devidas a partir do 2º (segundo) dia de caracterização da internação hospitalar.

O valor e a quantidade de diárias contratadas serão estabelecidos nas Condições Particulares.

Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não poderá superar a quantidade contratada.

Forma de Pagamento

Esta garantia será paga ao Segurado, de uma só vez, ou através de prestações periódicas, a critério do segurado e na forma convencionada no Contrato do seguro.

O início do pagamento desta garantia se dará a partir do primeiro dia subsequente ao término da franquia, até o limite de dias/meses determinado no Contrato do seguro.

Franquia

A cada evento coberto não será considerado para efeito de indenização o primeiro dia de internação.

CONDIÇÕES GERAIS

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Riscos Excluídos

Excluem-se ainda desta garantia adicional, além dos demais riscos constantes no item 12 deste manual, as internações hospitalares clínicas ou cirúrgicas objetivando a realização de:

- i) tratamentos de lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias;
- j) internação hospitalar para o tratamento de qualquer doença;
- k) partos, interrupção provocada da gravidez e suas consequências;
- l) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro;
- m) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão do evento ocorrido da vigência do seguro;
- n) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- o) tratamento por senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
- p) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal.

2.3. CLÁUSULAS SUPLEMENTARES

- ▲ Inclusão Automática de Cônjuge
- ▲ Inclusão de Filhos
- ▲ Inclusão Facultativa de Cônjuge
- ▲ Distribuição de Excedente Técnico

3. PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo do seguro é estipulado no Contrato, Aditivos e Certificados Individuais com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas dos dias ali designados, sendo facultada ainda, a contratação do seguro por período inferior a um ano.

Nos contratos de seguro cujas propostas de contratação tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

Se após implantação do seguro houver inclusão de Segurados, o início de vigência individual será na data de admissão deste proponente incluído, quando houver adesão ao seguro da totalidade dos componentes do grupo segurável. Quando a adesão for parcial, a vigência individual será a partir de sua inclusão no respectivo mês de vigência do movimento enviado pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante à Seguradora, que dará origem ao cálculo do prêmio, observado o disposto no parágrafo seguinte.

Os contratos de seguro cujas propostas de adesão tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela **Seguradora**.

Para os proponentes que vierem a satisfazer as condições de ingresso no seguro após o início de vigência, a cobertura dos mesmos se dará nas seguintes datas:

- a) Quando o seguro for contratado na forma compulsória: o início de vigência individual se dará a partir das 24 horas do dia correspondente à sua admissão no **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** ou a partir das 24 horas do dia em que cessar os impedimentos para seu ingresso.
- b) Quando o seguro for contratado na forma de participação facultativa: o início de vigência individual se dará a partir das 24 horas do dia da efetiva aceitação do risco pela Seguradora.

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

O início de vigência individual poderá ser diferente dos acima indicados, desde que o critério seja estabelecido no Contrato de Seguro.

Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora à faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

4. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO

Para contratação do seguro, deve ser preenchida e assinada a Proposta de Contratação pelo **Estipulante**, **Sub-Estipulante** e pelo Corretor, devendo ela ser entregue em um dos escritórios da **Seguradora**.

São proponentes ao seguro todos os componentes do grupo segurável, assim definidos no Contrato, e seus respectivos dependentes que se encontrem em perfeitas condições de saúde e plena atividade física na data de início de vigência individual.

O limite de idade será definido no Contrato.

Os proponentes com idade inferior a 16 (dezesseis) anos deverão ser representados pelos pais ou responsáveis, e os maiores de 16 (dezesseis) anos, inclusive, e menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos por eles.

A inclusão dos proponentes é feita por adesão ao seguro, conforme item 10 destas Condições Gerais, podendo ser exigido, para análise da aceitação, o preenchimento da Proposta de Adesão, bem como Declaração Pessoal de Saúde e, quando a Seguradora julgar necessário, ou prova de saúde.

Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma para outra seguradora, deverão ser mantidos no seguro os Segurados titulares afastados do serviço ativo. Para tanto, o Estipulante deverá fornecer à Seguradora, para avaliação, antes da contratação do seguro, relação nominal contendo: data de nascimento, capital segurado, data de afastamento e diagnóstico da doença que provocou o afastamento.

5. ACEITAÇÃO DO SEGURO

A **Seguradora** disporá do prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar a respeito da aceitação do risco proposto pelo **Segurado**, **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, a contar da data do respectivo protocolo de recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

A **Seguradora** poderá solicitar provas de saúde ou quaisquer outros documentos necessários para análise do risco individual, e neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso e terá continuidade após a entrega do respectivo documento solicitado.

Em caso de não aceitação do risco por parte da **Seguradora**, o **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** ou o **Segurado** será(ão) comunicado(s) por escrito, bem como serão devolvidos todos os valores eventualmente oferecidos a título de prêmio, no prazo máximo de 10 (dez) dias, atualizados a partir da data do real pagamento até a data da efetiva restituição por parte da **Seguradora** pela variação do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado.

Nos casos em que a aceitação do risco dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, até que o ressegurador se manifeste formalmente. Neste mesmo prazo a **Seguradora** informará, por escrito, ao **Segurado**, **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, sobre a inexistência de cobertura.

Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo de 15 (quinze) dias, sem que haja suspensão do prazo por solicitação de documentos, a aceitação do seguro será automática.

CONDIÇÕES GERAIS

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

6. NÚMERO MÍNIMO DE **SEGURADOS** PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

É a quantidade mínima de **Segurados** necessária para a aceitação e a manutenção do seguro, definido no Contrato.

Caso o seguro já esteja em vigor e o número de **Segurados** ficar inferior ao mínimo estabelecido para a manutenção do grupo segurado, a **Seguradora** reserva-se o direito de recalculer a taxa, com base no efetivo grupo segurado e na previsão de custos desta, alterando, se necessário, o prêmio do seguro. Não havendo a concordância do **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, o seguro será cancelado, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, por escrito, daquele que não concordou.

Deve ser observado que se o recálculo da taxa implicar em ônus ou dever para os segurados, sua aplicação dependerá da anuência expressa de 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

O capital segurado poderá ser escolhido pelo proponente, **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, e constará no Contrato, Proposta de Contratação e Certificado Individual, somente podendo ser alterado com prévia concordância entre as partes contratantes.

Modalidades de Capital Segurado:

- a) Escalonado: quando o capital segurado individual é determinado por escalas pelo **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**;
- b) Uniforme: quando o capital segurado individual é igual para todos os **Segurados** e tem seu valor fixado pelo **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** na Proposta de Seguro;
- c) Múltiplo Salarial: quando o capital segurado individual é determinado aplicando-se o múltiplo fixado pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante ao respectivo salário nominal mensal.

O capital segurado de cada Diária de Incapacidade Temporária não poderá ser superior a 1/360 (um trezentos e sessenta avos) ao maior capital segurado estabelecido para uma das garantias básicas.

O capital segurado contratado para a garantia de Despesas Médico-Hospitalares representa o limite máximo de reembolso pelo mesmo evento e não poderá ser superior ao maior capital estabelecido para uma das garantias básicas.

8. ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Quando a modalidade de capital segurado estiver relacionada ao salário/provento do **Segurado**, o **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** deverão informar à Seguradora sempre que estes valores sofrerem alterações, para que sejam feitas as devidas atualizações.

Para as demais modalidades de capital segurado, as atualizações serão feitas, na renovação da apólice, com base na variação do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado no período e apurada 2 (dois) meses antes da referida renovação.

No caso de extinção do índice ora pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

As atualizações de capitais se aplicam a todos os **Segurados**, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais é assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para os componentes ativos.

Toda e qualquer alteração de capital segurado somente será realizada se solicitado expressamente pelo **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, e desde que aceite pela **Seguradora**, nos seguros com forma de custeio contributivo será necessária a anuência de 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

CONDIÇÕES GERAIS

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

9. REVISÃO DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO

O capital segurado será estabelecido na Proposta de Contratação, no Contrato e constará no Certificado Individual de Seguro, podendo ser revisto a qualquer momento, a pedido do **Estipulante**, **Sub-Estipulante** e/ou do **Segurado**, conforme determinado no Contrato, desde que expressamente aceito pela **Seguradora**.

Para os **Segurados** que atingirem a idade superior ao limite estabelecido no Contrato durante a vigência deste seguro, não será permitido o aumento espontâneo do capital segurado contratado.

10. INCLUSÃO DE SEGURADOS

A inclusão dos **Segurados titulares** e **dependentes** é feita por adesão a este seguro, desde que aceito pela **Seguradora**, e constará na Proposta de Contratação e no Contrato, da seguinte forma:

Segurados Titulares

- a) Automática: quando o seguro abranger todos os **Segurados titulares** do grupo segurável;
- b) Facultativa: quando o seguro abranger somente os **Segurados titulares** que tiverem sua inclusão expressamente declarada em formulário específico da Seguradora.

Segurados Dependentes

Cônjuges: a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuges pode ser:

- a) Automática: quando o seguro abranger todos os cônjuges dos respectivos **Segurados Titulares**;
- b) Facultativa: quando o seguro abranger somente os cônjuges dos **Segurados Titulares** que solicitarem a inclusão por escrito e desde que aceito pela Seguradora.

Filhos: a Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos é automática e somente poderá ser contratada juntamente com a Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuges.

11. RENOVAÇÃO DO SEGURO

Ao final da vigência o seguro poderá ser renovado automaticamente uma única vez e por igual período, salvo se a **Seguradora** ou **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** comunicar desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.

Feita uma renovação automática, as renovações seguintes poderão ter anuência expressa apenas do **Estipulante**, desde que não impliquem em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados, ou a redução dos seus direitos.

Deve ser observado que se houver ajuste que implique em ônus ou dever para os segurados, sua aplicação dependerá da anuência expressa de 3/4(três quartos) do grupo segurado.

12. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos das garantias deste seguro:

- a) os acidentes ocorridos em consequência:
 - a.1) do uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - a.2) 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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se a morte ou a incapacidade do segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - a.3) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais consequentes do uso de drogas (desde que não prescritas por médico habilitado), de álcool, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
 - a.4) de furacões, tufões, tornados, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

a.5) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto se a morte ou a incapacidade do segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

a.6) da prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;

a.7) de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronave furtada ou dirigida por pilotos não legalmente habilitados, desde que seja de conhecimento prévio comprovado do Segurado.

b) doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declarados na Proposta de Seguro ou em seus anexos;

c) danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documento hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido;

d) Suicídio cometido no período de 2 (dois) anos a contar da vigência inicial do contrato, em conformidade com o disposto no artigo 798 do Código Civil Brasileiro;

e) 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;

f) Mutilação voluntária;

13. REGIME FINANCEIRO

Este plano de seguro é estruturado no regime financeiro de repartição simples e devido à natureza deste regime, não é devido a concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada pagamento é destinado a custear o risco inerente à indenização no período.

14. PROVA DO SEGURO

Para cada Segurado incluído no seguro, será enviado um Certificado Individual de Seguro, que conterá os seguintes elementos mínimos:

a) Data de início do seguro do Segurado titular e do(s) dependente(s);

b) Capital(is) segurado(s) de cada garantia, relativo(s) ao Segurado titular e dependente(s).

Ocorrerá a emissão de um novo Certificado de Seguro a cada renovação ou quando houver modificações nas suas informações.

15. REAVALIAÇÃO E AJUSTE DE TAXA

Na implantação da apólice, a taxa poderá ser recalculada tomando-se por base o efetivo grupo segurado, sendo mantida a taxa original calculada no estudo, caso esta não seja inferior ou superior à margem de oscilação estabelecida no Contrato.

Quando ocorrerem alterações substanciais na composição do grupo que justifiquem a reavaliação de taxa, ou em função de desequilíbrio técnico atuarial, esta será recalculada com base no grupo segurado na data da avaliação, tomando-se por base o resultado efetivo do seguro e a previsão de custos da Seguradora para o novo período, conforme os critérios adiante descritos:

Periodicidade:

A reavaliação de taxa será efetuada de acordo com o período indicado no Contrato;

Período de Análise:

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Os períodos de análise são cumulativos, ou seja, a análise do período atual deverá contemplar também as informações dos períodos anteriores, ficando limitado a uma quantidade de meses para análise indicada no Contrato.

Sinistralidade: quando o índice do sinistro/prêmio for superior àquele indicado como limite no Contrato, e ainda não tiver findado a vigência da apólice, a taxa será reajustada de forma que a análise cumulativa do período anterior somada à previsão dos próximos períodos, totalizando um ano de vigência, leve a um índice de sinistralidade igual ou inferior ao índice limite estabelecido.

Caso seja necessário algum ajuste na taxa, a Seguradora informará ao **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** através de aditivo, com antecedência de 60 (sessenta) dias, e caso este não concorde expressamente, o seguro será cancelado.

Deve ser observado que se o ajuste da taxa implicar em ônus ou dever para os segurados, sua aplicação dependerá da anuência expressa de 3/4(três quartos) do grupo segurado.

16. CANCELAMENTO

A apólice poderá ser cancelada:

- a) A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes;
- b) Pela Seguradora ou pelo Estipulante ao fim do prazo de vigência da apólice, mediante aviso escrito e prévio de 60 (sessenta) dias, no mínimo;
- c) Quando houver falta de pagamento da(s) parcela(s) do(s) prêmio(s) do seguro;
- d) Pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro;
- e) Se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do **Segurado**, Estipulante e/ou Sub-Estipulante, no ato da contratação do seguro ou durante toda a vigência da apólice.

17. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A cobertura do seguro de cada Segurado TITULAR cessa, além do disposto no item anterior, quando:

- a) Ocorrer o falecimento do Segurado titular;
- b) Houver cessação, por qualquer motivo, do vínculo entre o Segurado titular e Estipulante e/ou Sub-Estipulante, salvo nos casos em que o Segurado optar por continuar com as mesmas garantias e capitais segurados, assumindo a totalidade dos novos custos de acordo com a sua idade e características do risco individual, bem como o custo de cobrança, desde que a seguradora opere com planos individuais compatíveis, mediante solicitação prévia e por escrito à Seguradora, e aceitação desta;
- c) O Segurado titular solicitar expressamente a sua exclusão da apólice;
- d) Forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas por parte do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, que tenham influenciado na sua aceitação ou ainda na obtenção ou na majoração da indenização.

Além das situações mencionadas anteriormente, a garantia de cada Segurado DEPENDENTE cessa:

- a) Se for cancelada a respectiva Cláusula Suplementar;
- b) Se o Segurado titular deixar o grupo segurado;
- c) Com a morte do Segurado dependente;
- d) No caso de cessação da condição de dependente;
- e) A pedido expresso do Segurado titular, no caso de cônjuge;
- f) Com a alteração da condição de dependente para condição de Segurado titular, no mesmo grupo segurado do qual fazia parte.

18. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE

Constituem obrigações do **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**:

- a) Fornecer à **Seguradora** todas as informações necessárias para a análise e a aceitação do risco, previamente estabelecidas por ela, incluindo os dados cadastrais;

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

- b) Manter a **Seguradora** informada a respeito dos **Segurados**, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro ou acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao **Segurado**, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Deverão constar dos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos **Segurados**, explicitamente, os valores de prêmio do seguro, a Seguradora responsável pelo recebimento dos prêmios, e a informação, em destaque, de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do seguro;
- e.1) Os pagamentos de prêmios de seguros efetuados por meio de desconto em folha deverão ser registrados em rubrica específica pela sociedade **Seguradora** garantidora do risco ou, no caso de cosseguro, pela seguradora líder;
- e.2) Na hipótese de o **Segurado** dispor de mais de um contrato de seguro com a mesma seguradora, os valores referentes a cada contrato devem estar discriminados no instrumento de cobrança, mesmo quando o sistema de pagamento for efetuado por meio de desconto em folha;
- f) Repassar os prêmios à **Seguradora**, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- g) Repassar aos **Segurados** todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice;
- h) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitido para o **Segurado**;
- i) Comunicar de imediato à **Seguradora**, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro;
- j) Dar ciência aos **Segurados** dos procedimentos e dos prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- k) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- l) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- m) Informar o nome da sociedade seguradora, bem como o percentual de participação do risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do **Estipulante**;
- n) Responder solidariamente com o Sub-Estipulante e vice-versa com o Estipulante no caso de apólices caracterizadas pela contratação de diferentes subgrupos as responsabilidades e as obrigações provenientes deste seguro.

Fica expressamente vedado ao Estipulante e ao Sub-Estipulante, nos seguros contributários:

- a) Cobrar dos **Segurados** taxa de inscrição ou de intermediação, ou quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;
- b) Fazer qualquer modificação na apólice vigente ou rescindir o contrato, sem anuência prévia e expressa de um número de **Segurados** que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem a prévia anuência da seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;
- d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes.

19. OUTROS SEGUROS

O **Segurado** deve declarar na Proposta de Adesão a existência de quaisquer outros Seguros de Vida e/ou Acidentes Pessoais, por ocasião da contratação.

20. CUSTEIO DO SEGURO

Para fins deste seguro e de acordo com a declaração constante na Proposta de Contratação feita pelo **Estipulante**, o custeio pode ser:

- a) Contributário: quando os **Segurados** pagarem os prêmios do seguro, total ou parcialmente;
- b) Não contributário: quando os **Segurados** não pagarem os prêmios do seguro.

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

21. PAGAMENTO DO PRÊMIO

O pagamento do prêmio poderá ser mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, ou ainda fracionado, de acordo com a opção do Segurado, **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, conforme definido no Contrato.

O prêmio do seguro será calculado considerando-se o capital segurado, as garantias contratadas, a idade do **Segurado** e outros critérios eventualmente estabelecidos no Contrato.

Na cobrança de prêmio mediante carnê, a **Seguradora** providenciará para que o **Estipulante, Sub-Estipulante** e/ou **Segurado** receba o novo carnê de pagamento até 15 (quinze) dias antes do vencimento de sua primeira parcela.

Caso o **Estipulante, Sub-Estipulante** e/ou Segurado não receba o novo carnê até o prazo estabelecido, e desde que não tenha havido cancelamento do seguro, é seu direito efetuar o pagamento do prêmio, mediante depósito bancário na conta indicada no carnê anterior, o que deve ser feito antes do início do novo período de cobertura.

Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver este expediente.

Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio for realizado à Seguradora, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.

Caso o pagamento do prêmio seja feito fora dos prazos estipulados no contrato, qualquer indenização dependerá de prova de que antes da ocorrência do sinistro o mesmo foi efetuado.

O não pagamento do prêmio por parte do Estipulante ou Sub-Estipulante nos seguros não contributários ou, por parte do Segurado nos seguros contributários, até a data de vencimento estabelecida no respectivo documento de cobrança, acarretará o cancelamento automático da apólice a partir do dia subsequente ao término do período de cobertura a que se referir esta cobrança.

As parcelas, do período de cobertura já decorrido, citadas no parágrafo anterior, que estejam vencidas e não pagas serão atualizadas monetariamente pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, e acrescidas de juros legais de 6% (seis por cento) ao ano na forma da Tabela Price, desde a data em que são devidas até a data de seu efetivo pagamento.

A eventual aceitação, por parte da Seguradora, de quaisquer pagamentos de prêmios, depois de vencidos, não constituirá tolerância ou novação das condições ora pactuadas.

No caso de prêmio fracionado, constará no Contrato o critério adotado, bem como os juros praticados.

É garantido ao Segurado, Estipulante e/ou Sub-Estipulante a antecipação do pagamento de qualquer uma das parcelas de prêmio fracionado, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados, devendo, para tanto, contatar previamente a Seguradora.

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

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

TABELA CURTO PRAZO

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

Para percentuais não previstos na tabela acima, serão aplicados os percentuais imediatamente superiores.

A Seguradora informará ao Estipulante e/ou Sub-Estipulante ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos acima.

Uma vez restabelecido o pagamento das parcelas ajustadas do prêmio fracionado, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura acima referido, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

Findo o novo prazo de vigência da cobertura nos termos da tabela acima, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do seguro.

Entretanto, no caso de vencimento antecipado ao período de cobertura, o não pagamento do prêmio por parte do Estipulante, Sub-Estipulante ou Segurado até a data estabelecida no respectivo documento de cobrança, acarretará o cancelamento automático da apólice a partir do primeiro dia do período de cobertura a que se referir esta cobrança.

No caso da cobrança do prêmio se efetuar através de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado.

Nos seguros coletivos contributários, se o Estipulante ou Sub-Estipulante deixar de repassar à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à garantia do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às imposições legais.

22. BENEFICIÁRIOS

É livre a indicação de beneficiários, por parte do Segurado, desde que tal indicação não colida com os preceitos legais.

Em conformidade com o Artigo 793 do Código Civil Brasileiro "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".

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Quando houver mais de um beneficiário, deverá ser definido, no momento da nomeação dos mesmos, o percentual do capital segurado que será destinado a cada um.

O Segurado, e somente ele, poderá substituir seus beneficiários a qualquer tempo, mediante aviso escrito à Seguradora, não tendo validade quaisquer alterações que não se procedam desta forma.

Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária de um contrato de seguro de pessoas se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

Na falta de beneficiário nomeado ou na inexistência de cláusula beneficiária que conste das Condições Particulares, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

A sucessão legítima defere-se na ordem seguinte:

- a) Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime de comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares;**
- b) Aos ascendentes, em concorrência com o cônjuge;**
- c) Ao cônjuge sobrevivente;**
- d) Aos colaterais.**

Na falta das pessoas acima indicadas, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou de meios necessários para prover sua subsistência. Fora desses casos, será beneficiária a União, na forma da legislação em vigor.

A indenização por Morte do Segurado dependente é devida ao Segurado titular.

23. INDENIZAÇÃO

Data do Evento

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro:

- a) Nas garantias de Morte Acidental (MA), de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA e IPTA), Despesas Médico-Hospitalares (DMH), Diárias de Incapacidade Temporária (DIT), Diárias de Internação Hospitalar (DIH) e Diárias de Internação Hospitalar – UTI (DIH – UTI): a data do acidente;**
- b) Nas demais coberturas que estejam relacionadas com alguma das garantias acima, será considerado como data de evento a daquela à qual relaciona;**

Acúmulo de Indenizações

As indenizações por Morte decorrente de Acidente e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte Acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

As indenizações por Diárias de Incapacidade Temporária, Despesas Médico-Hospitalares, Diárias de Internação Hospitalar e Diárias de Internação Hospitalar - UTI são cumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro.

Limite Máximo de Indenização

O limite máximo de indenização corresponde ao valor do capital segurado individual, cujo critério para sua determinação constará no Contrato e Proposta de Contratação.

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Junta Médica

Divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade **relacionada ao segurado**, devem, **dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação**, ser submetidas a uma junta médica constituída de 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 honorários do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo **Segurado** e pela **Seguradora**. **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.**

Perda de Direito da Indenização

A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja, por parte do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários:

- a) Declarações falsas, inexatas, incompletas, ou omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio;
- b) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- c) Dolo, má fé, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulação ou culpa grave, não só quanto à contratação, como também com o objetivo de obter ou majorar indevidamente a indenização;
- d) Agravamento do risco, objeto do contrato, pelo Segurado, conforme dispõe o artigo 768 do Código Civil Brasileiro.

Pagamento da Indenização

As indenizações, se devidas, serão pagas no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de recebimento, pela Seguradora, de todos os documentos necessários à comprovação ou à elucidação do evento, atualizadas monetariamente pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, a partir do 1º dia útil do mês subsequente à data do evento até a data do efetivo pagamento.

A contagem do prazo de 30 (trinta) dias será suspensa e reiniciada no caso de solicitação de nova documentação, na forma prevista no item 24.3, alínea "a" destas Condições Gerais.

Quando o prazo da liquidação de sinistro superar os prazos citados nos parágrafos anteriores, serão devidos juros moratórios equivalentes a 6% (seis por cento) ao ano na forma da tabela price, contados a partir do primeiro dia posterior ao término deste prazo até a data de pagamento da respectiva indenização.

No caso de beneficiários com idade entre 16 (dezesesseis), inclusive, e 18 (dezoito) anos, exclusive, a indenização será paga a este, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiverem o poder familiar) ou, finalmente, por seu tutor ou curador.

Reintegração de Garantia

A Seguradora procederá a reintegração automática das garantias de Invalidez Permanente por Acidente, Despesas Médico-Hospitalares, de Diárias de Incapacidade Temporária, Diárias de Internação Hospitalar (DIH) e Diárias de Internação Hospitalar - UTI (DIH - UTI) após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.

24. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

24.1. AVISO DE SINISTRO

Ocorrido o sinistro, este deverá ser comunicado de imediato para a **Seguradora**, por FAX, telegrama, e-mail ou carta, independentemente da remessa da documentação. Neste aviso, deverá conter as seguintes informações:

- Nome do **Segurado** principal e CPF;
- Nome do **Segurado** sinistrado e CPF;
- Número da apólice e/ou Nome do **Estipulante**;
- Tipo do evento (Morte Natural, Morte Acidental, Invalidez por Acidente, outros...)
- Data efetiva do sinistro (Se Morte Acidental/IPA/ → a data do acidente; se Morte Natural → a data do óbito)

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Em seguida, deverá ser entregue **CÓPIA** da documentação relacionada abaixo, com o formulário Aviso de Sinistro, fornecido pela **Seguradora**, totalmente preenchido e assinado pelo **Segurado** ou seus beneficiários, e pelo médico com quem o **Segurado** faz/fazia tratamento, com firma reconhecida deste.
Estes documentos são imprescindíveis para o início da análise técnica do sinistro.

24.2. DOCUMENTOS A SEREM ENVIADOS

▲ **Morte Acidental, Morte Acidental - Cesta Básica – Auxílio Alimentação e Morte Acidental – Assistência Funeral**

- Aviso de Sinistro preenchido na frente pelo beneficiário, reclamante e/ou Estipulante e no verso preenchido pelo médico com quem o Segurado fazia tratamento, devidamente assinado e com firma reconhecida do médico;
- Certidão de Óbito;
- RG e CPF do Segurado;
- Boletim de Ocorrência policial (ou CAT, se acidente dentro da empresa);
- Laudo Necroscópico elaborado pelo IML;
- Laudo de exame de dosagem alcoólica e toxicológico, se houver;
- Carteira Nacional de Habilitação, caso a vítima/Segurado seja o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Laudo de Perícia Técnica;
- Termo de Reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima;
- Peças que instruem o Inquérito Policial bem como sua conclusão, se houver;
- Documentos dos beneficiários.

Para as garantias abaixo indicadas, será necessário o envio dos documentos descritos nas coberturas de Morte Acidental, bem como os respectivos documentos adiante relacionados:

▲ **Morte Acidental – Auxílio Funeral**

- Notas Fiscais originais das despesas com o funeral do Segurado;
- RG, CPF e Comprovante de Residência daquele que efetuou o referido pagamento.

Documentos dos beneficiários em caso de Morte

Quando houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário na Proposta de Adesão ou Proposta de Contratação:

- a) Se maior de 16 (dezesesseis) anos, inclusive: RG, CPF, Certidão de Casamento atualizada e Comprovante de Residência;
- b) Se menor de 16 (dezesesseis) anos: Certidão de Nascimento do menor; RG, CPF e Comprovante de Residência de seu representante legal; Termo de Tutela se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

Quando não houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário na Proposta de Adesão ou Proposta de Contratação e inexistindo cláusula beneficiária que conste no Contrato:

- a) Cônjuge: RG, CPF, Certidão de Casamento atualizada e Comprovante de Residência;
- b) Companheiro(a): RG, CPF, Comprovante de Residência e:
 - b.1) Se Segurado solteiro:
 - Declaração pública constando que o Segurado faleceu no estado civil solteiro, declarando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
 - Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
 - Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
 - Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

b.2) Segurado viúvo:

- Certidão de Casamento do Segurado;

CONDIÇÕES GERAIS

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

- Certidão de Óbito do cônjuge;
- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

b.3) Segurado separado judicialmente:

- Certidão de Casamento atualizada com a averbação de separação;
- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

c) Filhos maiores de 16 (dezesseis) anos, inclusive: RG, CPF, Comprovante de Residência e Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelos filhos do Segurado sinistrado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração). Entre 16 (dezesseis) e 18 (dezoito) anos deverá constar, também, documentos pessoais e assinatura do representante legal.

d) Filhos menores de 16 (dezesseis) anos: Certidão de Nascimento do menor; RG, CPF e Comprovante de Residência do responsável legal pelo menor e, Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelo responsável legal do(s) menor(es) e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração); Termo de Tutela, se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

e) Pais: RG, CPF e Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelos pais do Segurado sinistrado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração).

Nas situações em que o Segurado não indicar seus beneficiários, e houver deixado descendentes, cônjuge/companheiro, poderá ser necessário o envio dos Autos do processo de Inventário dos bens deixados pelo Segurado.

Em caso de beneficiários cuja situação não esteja acima indicada, os documentos necessários serão solicitados após o envio do Aviso de Sinistro com a respectiva documentação.

▲ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado e/ou Estipulante; e a parte médica, preenchido, assinado e com reconhecimento de firma do médico com quem o Segurado faz tratamento;
- CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) quando o fato ocorrer dentro da empresa e não havendo Boletim de Ocorrência.
- Laudo de Exame de Corpo de Delito realizado pelo IML quando o Segurado contribuir para a agravamento do risco;
- Carteira Nacional de habilitação, caso a vítima/Segurado seja o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o Segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
- Resultados de exames médicos realizados pelo Segurado por ocasião do acidente;

CONDIÇÕES GERAIS

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

- Carta de concessão de aposentadoria, bem como carnê/extrato de recebimento do pecúlio expedido pelo INSS, quando se tratar de Invalidez Total;
- RG e CPF do Segurado;
- Documentos dos beneficiários (em item específico);
- Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela, quando se tratar de alienação mental.

▲ Despesas Médico-Hospitalares - DMH

- Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado; e a parte médica, preenchido, assinado e com reconhecimento de firma do médico com quem o Segurado faz tratamento;
- RG e CPF do Segurado;
- CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), quando o fato ocorrer dentro da empresa e não houver Boletim de Ocorrência;
- Comprovantes originais das despesas médicas, acompanhadas do pedido médico;
- Discriminação das despesas hospitalares e serviços complementares com valores individualizados;
- Descrição dos materiais e medicamentos utilizados com os respectivos valores unitários e receituário médico;
- Se estava dirigindo o veículo envolvido no acidente, CNH (Carteira Nacional de Habilitação);
- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o Segurado foi socorrido;
- Laudo médico pormenorizado, constando diagnóstico, tratamentos realizados e alta médica definitiva ou previsão para conclusão do tratamento;
- Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal os procedimentos realizados conforme tabela da AMB (Associação Médica Brasileira), bem como carimbo do médico com CPF e CNPJ;
- Cópia do pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados.

Obs.: Comprovantes de medicamentos e exames necessitam ser acompanhados de adequada prescrição médica, notas fiscais e quitação dos pagamentos.

No caso de tratamentos prolongados, é necessário relatório médico, detalhando os procedimentos a serem adotados, o prazo e o custo aproximado, até a conclusão.

▲ Diárias de Incapacidade Temporária - DIT

- Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado; e a parte médica, preenchido, assinado e com reconhecimento de firma do médico com quem o Segurado faz tratamento;
- Boletim de Ocorrência e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) ou, caso tenha sido acidente doméstico, declaração detalhada do Segurado sobre a ocorrência, com assinatura de 2 (duas) testemunhas idôneas;
- Laudo do primeiro atendimento com descrição detalhada das lesões e procedimentos realizados;
- Declaração do hospital (ou médico) constando período de afastamento, bem como informando tratamentos que estão sendo realizados nesse período;
- Se Segurado com vínculo empregatício – cópia da CPTS (Carteira Profissional de Trabalho e Serviço) com as páginas iniciais, da empresa, do afastamento, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedido pelo INSS;
- Se proprietário de empresa, contrato social da empresa e documentos comprobatórios de que o Segurado não obteve rendas no período de afastamento (referente à sua profissão);
- Se autônomo, contrato de prestação de serviços, e RPA (Recibo de Pagamento Autônomo) dos últimos três meses anteriores ao evento e carta da empresa Empregadora informando que o mesmo não prestou serviços no afastamento face ao acidente;
- Se profissional liberal, documentos que comprovem sua profissão e rendimentos de 03 meses anteriores ao evento e durante o afastamento;
- Se estava dirigindo o veículo envolvido no acidente, Carteira Nacional de Habilitação.

▲ Diárias de Incapacidade Temporária – Cesta Básica – Afastamento por Acidente de Trabalho

- Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado; e a parte médica, preenchido, assinado e com reconhecimento de firma do médico com quem o Segurado faz tratamento;

CONDIÇÕES GERAIS

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

- Boletim de Ocorrência, se houver;
- CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho);
- Laudo do primeiro atendimento com descrição detalhada das lesões e procedimentos realizados;
- Declaração do hospital (ou médico) constando período de afastamento, bem como informando tratamentos que estão sendo realizados nesse período;
- CPTS (Carteira Profissional de Trabalho e Serviço) com as páginas iniciais, da empresa, do afastamento, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedido pelo INSS;
- Se proprietário de empresa, contrato social da empresa e documentos comprobatórios de que o Segurado não obteve rendas no período de afastamento (referente à sua profissão);
- Se estava dirigindo o veículo envolvido no acidente, Carteira Nacional de Habilitação.

▲ Diárias por Internação Hospitalar e Diárias por Internação Hospitalar - UTI

- Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado; e a parte médica, preenchido, assinado e com reconhecimento de firma do médico com quem o Segurado faz tratamento;
- Boletim de Ocorrência e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) ou, caso tenha sido acidente doméstico, declaração detalhada do Segurado sobre a ocorrência, com assinatura de 2 (duas) testemunhas idôneas;
- Laudo do primeiro atendimento com descrição detalhada das lesões e procedimentos realizados;
- Declaração do hospital (ou médico) constando período de hospitalização, bem como informando tratamentos que estão sendo realizados nesse período;
- Prontuário médico hospitalar, com os resultados dos exames complementares, incluindo imagens e respectivos laudos.
- Se Segurado com vínculo empregatício – cópia da CPTS (Carteira Profissional de Trabalho e Serviço) com as páginas iniciais, da empresa, do afastamento, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedido pelo INSS;
- Se proprietário de empresa, contrato social da empresa e documentos comprobatórios de que o Segurado não obteve rendas no período de afastamento (referente à sua profissão);
- Se autônomo, contrato de prestação de serviços, e RPA (Recibo de Pagamento Autônomo) dos últimos três meses anteriores ao evento e carta da empresa Empregadora informando que o mesmo não prestou serviços no afastamento face ao acidente;
- Se profissional liberal, documentos que comprovem sua profissão e rendimentos de 03 meses anteriores ao evento e durante o afastamento;
- Se estava dirigindo o veículo envolvido no acidente, Carteira Nacional de Habilitação.
- RG e CPF do segurado sinistrado;

24.3. OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

a) A Seguradora poderá solicitar outros documentos complementares, além dos acima mencionados, para esclarecimentos que julgar necessários, em caso de dúvida fundada e justificável.

b) As providências ou atos que a Seguradora praticar após receber o aviso de sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

25. AMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

O âmbito territorial de qualquer garantia é o globo terrestre, exceto para as Diárias por Incapacidade Temporária, Diárias de Internação Hospitalar e Diárias de Internação Hospitalar - UTI a qual só garante os acidentes ocorridos no Brasil.

26. ALTERAÇÃO DE CONTRATO

Nenhuma alteração no seguro será válida se não for feita por escrito e com a concordância das partes contratantes.

Deve ser observado que se a alteração no contrato implicar em ônus ou dever para os segurados, sua aplicação dependerá da anuência expressa de 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

27. PRESCRIÇÃO

Decorridos os prazos previstos pelo Código Civil Brasileiro, operar-se-á a prescrição.

28. FORO

Fica eleito o foro da Comarca do domicílio do **Segurado**, para nele serem dirimidas as dúvidas, conflitos ou litígios oriundos deste Contrato de Seguro, renunciando as partes, expressamente, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

CLÁUSULAS SUPLEMENTARES

▲ DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

Garantir ao Segurado titular o pagamento de uma indenização, em caso de falecimento de seu cônjuge, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, exclusivamente em decorrência de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nas Condições Gerais que regem este seguro.

2. INCLUSÃO

Para fins deste seguro e desde que contratada esta cláusula, será incluído, na qualidade de **Segurado** dependente, o cônjuge ou companheiro(a) do **Segurado** titular.

3. CONDIÇÃO DO CÔNJUGE

Equiparam-se aos cônjuges os(as) companheiros(as) dos Segurados titulares desde que comprovada a união estável entre ambos na forma da legislação em vigor aplicável à matéria.

Não estarão amparados pela cobertura concedida por esta cláusula os cônjuges ou companheiros(as) que façam parte do mesmo grupo dos Segurados titulares.

4. LIMITE DE CAPITAL

O capital segurado individual do cônjuge não poderá, em hipótese alguma, ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado individual do respectivo Segurado titular, aplicando-se a este seguro o Limite de Capital indicado no Contrato.

5. GARANTIAS DESSA CLÁUSULA

Para fins desta cláusula, poderão ser contratadas quaisquer das garantias Básicas e somente as garantias Adicionais de Morte Acidental - Auxílio Funeral, Morte Acidental - Cesta Básica – Auxílio Alimentação e Despesas Médico-Hospitalares, mediante solicitação na Proposta de Contratação e desde que tenham sido contratadas também pelo Segurado titular.

Não são extensivas ao cônjuge ou companheiro(a) as garantias de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT), Diária de Incapacidade Temporária - Cesta Básica – Afastamento por Acidente de Trabalho, Diárias de Internação Hospitalar (DIH) e Diárias de Internação Hospitalar - UTI (DIH - UTI).

6. INÍCIO DA GARANTIA

A garantia dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

- Na data de início do risco individual do **Segurado** titular, desde que elegível ao Seguro nos termos estabelecidos na presente Clausula Suplementar;
- Na data de inclusão desta cláusula suplementar na apólice, se ela for incluída após o início de vigência do seguro, desde que elegível ao Seguro nos termos estabelecidos na presente Clausula Suplementar.

7. BENEFICIÁRIO

A indenização por Morte, devida por esta cláusula suplementar, será paga ao **Segurado** titular, e a de Invalidez, seja ela parcial ou total, será devida ao próprio **Segurado** dependente nos termos da presente clausula suplementar.

8. CESSAÇÃO DESSA CLÁUSULA

A presente cláusula suplementar cessará quando ocorrer alguma das situações relacionadas no item 17, segunda parte, das Condições Gerais deste seguro.

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

▲ DE INCLUSÃO DE FILHOS

1. OBJETIVO

Garantir ao Segurado titular o pagamento de uma indenização em caso de falecimento de algum dos seus filhos dependentes, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, exclusivamente em decorrência de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nas Condições Gerais que regem este seguro.

2. INCLUSÃO

Para fins deste seguro e desde que contratada esta cláusula, serão incluídos, na qualidade de **Segurados** dependentes, todos os filhos seguráveis dos **Segurados** titulares, desde que contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge, mediante solicitação na Proposta de Seguro e ratificação no Contrato.

Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado titular para efeito desta cláusula.

3. DEFINIÇÃO DE DEPENDENTES

Consideram-se filhos seguráveis, para fins desta cláusula suplementar, aqueles assim considerados no Regulamento do Imposto de Renda, conforme segue:

- a) Filho(a) ou enteado(a) até 21 (vinte e um) anos ou, em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
- b) Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos;
- c) Menor pobre, até 21 (vinte e um) anos, que o contribuinte crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial.

Para efeito de comprovação da qualidade de dependente na ocasião do sinistro, será necessária apresentação da Declaração do Imposto de Renda dos últimos dois anos imediatamente anteriores ao evento, onde conste o nome do dependente envolvido no sinistro.

Não estarão amparados pela cobertura concedida por esta cláusula suplementar os filhos que façam parte do mesmo grupo dos Segurados titulares.

4. LIMITE DE CAPITAL

O capital segurado individual dos filhos não poderá, em hipótese alguma, ser superior a 100% (cem por cento) do capital do respectivo Segurado titular, observado o disposto no item 2.1 das Condições Gerais, no que se refere aos seguros para menores de 14 (quatorze) anos.

5. GARANTIAS DESSA CLÁUSULA

Para fins desta cláusula, somente poderá ser contratada a garantia básica de Morte Acidental.

6. INÍCIO DA GARANTIA

A garantia do risco individual prevista nesta cláusula começará a vigorar:

- a) Na data de início do risco individual do Segurado titular, desde que elegível ao Seguro nos termos estabelecidos na presente Cláusula Suplementar;
- b) Na data de inclusão desta cláusula suplementar na apólice, se ela for incluída após o início de vigência do seguro, desde que elegível ao Seguro nos termos estabelecidos na presente Cláusula Suplementar.

7. BENEFICIÁRIO

A indenização por Morte, devida por esta cláusula suplementar, será paga ao Segurado titular.

8. CESSAÇÃO DESSA CLÁUSULA

A presente cláusula suplementar cessará quando ocorrer alguma das situações relacionadas no item 17, segunda parte, das Condições Gerais do seguro.

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

▲ DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

Garantir ao **Segurado** titular o pagamento de uma indenização, em caso de falecimento de seu cônjuge, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, qualquer que seja a causa, **exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nas Condições Gerais que regem este seguro.**

2. INCLUSÃO

Para fins deste seguro e desde que contratada esta cláusula, será incluído, na qualidade de **Segurado** dependente, o cônjuge ou companheiro(a) do **Segurado** titular que este autorizar a inclusão, mediante declaração expressa na Proposta de Adesão e ratificada no Contrato, devendo ser atendidos os mesmos critérios para aceitação do **Segurado** titular.

3. CONDIÇÃO DO CÔNJUGE

Equiparam-se aos cônjuges os(as) companheiros(as) dos **Segurados** titulares desde que comprovada a união estável entre ambos na forma da legislação em vigor aplicável à matéria.

Não podem participar desta cláusula os cônjuges ou companheiros(as) que façam parte do mesmo grupo dos Segurados titulares.

4. LIMITE DE CAPITAL

O capital segurado individual do cônjuge não poderá, em hipótese alguma, ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado individual do respectivo Segurado titular, aplicando-se a este seguro o Limite de Capital indicado no Contrato.

5. GARANTIAS DESSA CLÁUSULA

Para fins desta cláusula, poderão ser contratadas quaisquer das garantias Básicas e somente as garantias Adicionais de Morte Acidental - Auxílio Funeral, Morte Acidental - Cesta Básica – Auxílio Alimentação e Despesas Médico-Hospitalares, mediante solicitação na Proposta de Contratação e desde que tenham sido contratadas também pelo Segurado titular.

6. INÍCIO DA GARANTIA

A garantia dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

- a) Na data de início do risco individual do **Segurado** titular, desde que solicitada a inclusão de seu cônjuge simultaneamente, e aceito, após análise, pela **Seguradora**;
- b) Quando este não for incluído simultaneamente com o **Segurado** titular, o início de vigência individual do seguro do cônjuge será a partir da data de aceitação do risco expressa pela Seguradora.

7. BENEFICIÁRIO

A indenização por Morte, devida por esta cláusula suplementar, será paga ao **Segurado** titular, e a de Invalidez, seja ela parcial ou total, será devida ao próprio **Segurado** dependente nos termos da presente cláusula suplementar.

8. CESSAÇÃO DESSA CLÁUSULA

A presente cláusula suplementar cessará quando ocorrer alguma(s) das situações relacionadas no item **18**, segunda parte, das Condições Gerais deste seguro.

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

▲ DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

Esta Cláusula integra o Seguro prevalecendo sobre as normas contidas nas Condições Gerais que dispuserem em contrário e tem por objetivo garantir ao **Estipulante** e/ou **Segurados** a participação no excedente técnico da apólice, relativo a cada ano de vigência do contrato, conforme definido nas Condições Especiais, o qual será apurado após cada ano de vigência da apólice.

1. OBJETIVO

Garantir ao **Estipulante** e/ou aos **Segurados** do grupo, a participação nos resultados técnicos da apólice.

2. RECEITAS

Consideram-se como receitas de cada ano de vigência da apólice, para fins de apuração do excedente:

- Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- Estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
- Recuperação de Sinistros através do Resseguro

3. DESPESAS

Consideram-se como despesas de cada ano de vigência da apólice, para fins de apuração do excedente:

- as comissões de corretagem pagas durante o período;
- as comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
- as comissões de agenciamento pagas durante o período;
- o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- os saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- as despesas administrativas, calculadas na base dos prêmios efetivamente pagos.
- Os prêmios de resseguro pagos pela Alfa Previdência e Vida S.A., quando esta fizer uso da faculdade de repassar parte dos Capitais Segurados ao órgão ressegurador oficial ou privado.
- Provisão para Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR – Incurred But Not Reported)

4. ATUALIZAÇÕES

As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, desde:

- o respectivo pagamento para prêmio e comissões;
- o aviso à Alfa Previdência e Vida S.A., para sinistros;
- a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- as datas em que incorrerem, para as despesas administrativas;
- o mês do recebimento do prêmio, para prêmios de resseguro.

A apuração do resultado técnico será atualizada monetariamente pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, desde o término do período de apuração estabelecido no Contrato até a data da distribuição do excedente técnico, não cabendo qualquer adiantamento nesse período.

Nos **Seguros** parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído pode ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao **Segurado**.

5. DA DISTRIBUIÇÃO

A distribuição de Excedentes Técnicos será realizada após o término de vigência anual da apólice depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento.

A participação no Excedente Técnico está condicionada a que a apólice tenha apresentado, durante o período de apuração, uma média mínima mensal de 500 (quinhentos) Segurados Principais.