



1. ESTRUTURA DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO

As condições contratuais deste seguro apresentam-se em duas partes assim determinadas: Condições Gerais e Condições Especiais.

1.1. Condições Gerais são as cláusulas comuns a todas as garantias e/ou modalidades deste seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos do segurado, da seguradora e dos beneficiários.

1.2. Condições Especiais são as cláusulas relativas às garantias deste plano de seguro, onde são descritos os riscos cobertos e os riscos não cobertos específicos de cada garantia.

1.3. Condições Contratuais é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das Condições Gerais, das Condições Especiais e da Apólice ou do Bilhete de Seguro.

2. GLOSSÁRIO

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nestas condições contratuais, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais do Seguro.

2.1. APÓLICE: É o documento enviado pela Seguradora ao Segurado de cada negócio contratado, que discrimina o capital segurado, suas garantias, valores, período de vigência do seguro, bem como os direitos e deveres das partes contratantes.

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

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
 - a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
 - a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.
- b) excluem-se do conceito de ACIDENTE PESSOAL:
- b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
 - b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - b.3) 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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico- científica, bem como as suas consequências pós tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
 - b.4) 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;
- 2.3. BENEFICIÁRIO:** é a pessoa física ou jurídica designada para receber o valor da indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- 2.4. BILHETE DE SEGURO:** é o documento emitido pela sociedade Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.
- 2.5. CAPITAL SEGURADO:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, no caso de ocorrência de sinistro.
- 2.6. CARÊNCIA:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na

ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

2.7. CORRETOR DE SEGUROS: Intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a representar os segurados, angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. Na forma do Decreto Lei no. 73/66 o corretor é responsável pela orientação aos segurados sobre as coberturas, obrigações e exclusões do Contrato de Seguro.

2.8. DOLO: é um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

2.9. EVENTO COBERTO: é o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nas Condições Contratuais.

2.10. GARANTIAS: são as obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas condições gerais.

2.11. INDENIZAÇÃO: é o valor a ser pago pela seguradora ao segurado, ou a seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

2.12. PRÊMIO: é o valor pago à seguradora para que esta assuma os riscos cobertos pelo seguro.

2.13. REPRESENTANTE DE SEGUROS: é a pessoa jurídica que assume a obrigação de promover, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, a realização de contratos de seguro à conta e em nome da Seguradora. O Representante de Seguros não é um Corretor de Seguros.

2.14. RISCO: evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

2.15. RISCO COBERTO: risco previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem a indenização do seguro.

2.16. 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.

2.17. SEGURADO OU SEGURADO PRINCIPAL: é pessoa física que, tendo interesse segurável, contrata o seguro em seu benefício pessoal.

2.18. SINISTRO: é a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do seguro.

2.19. VIGÊNCIA: é o período pelo qual está contratado o seguro.

3. OBJETIVO DO SEGURO

3.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao(s) seu(s) beneficiário(s), na ocorrência de do evento coberto pela garantia contratada, exceto se decorrentes de riscos ou eventos excluídos, desde que respeitadas às condições contratuais.

4. PÚBLICO-ALVO

4.1. Poderão contratar este plano de seguro as pessoas que, preferencialmente, atenderem as condições abaixo:

- a) Este seguro destina-se às pessoas físicas que tenham idade mínima de 16 (dezesseis) anos e máxima de 79 anos na data da contratação da Apólice ou do Bilhete de Seguro;
- b) ser residente no Brasil.

5. GARANTIAS DO SEGURO

5.1. As garantias passíveis de contratação para este seguro são as abaixo mencionadas, e poderão ser contratadas de acordo com as conjugações oferecidas pela Seguradora. As garantias contratadas estarão definidas na Apólice ou no Bilhete de Seguro:

5.1.1 Morte Acidental – MA

5.1.2 Invalidez Permanente e Total por Acidente – IPTA

5.1.3 Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas – DMHO

5.1.4 Morte Acidental por Crime – MAC

5.1.5 Invalidez Permanente e Total por Acidente decorrente de Crime – IPTC

5.1.6 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA

5.1.7 Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – DITA

5.1.7 Auxílio Funeral por Acidente

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO SEGURO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:

- a) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado principal ou dependente, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de qualquer deles;**
- b) suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura;**
- c) epidemia ou pandemia declarada por órgão competente;**
- d) acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- e) danos e perdas causados por atos terroristas;**
- f) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- g) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- h) de doenças preexistentes à contratação do seguro de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;**

- i) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se decorrentes 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;
- j) gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto, exceto se decorrentes de acidente pessoal coberto;
- k) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências;
- l) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa, exceto em caso de suicídio ou sua tentativa após os primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;
- m) da prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à Lei, incluindo nesta, a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal, bem como acidentes em que o segurado seja o condutor do veículo, e seja comprovado que estava sob efeito de álcool e/ou entorpecentes;
- n) riscos garantidos por coberturas não contratadas;
- o) eventos ocorridos antes da contratação do seguro ou durante o período de carência da cobertura, ainda que manifestado durante a sua vigência;
- p) autolesão voluntária e premeditada ou sua tentativa.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

7.1. Este seguro destina-se apenas a Segurados residentes no Brasil, sendo as coberturas válidas para sinistros ocorridos em todo o Globo Terrestre, salvo disposição em contrário.

8. CARÊNCIA

8.1. Para os eventos decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência.

8.2. Os eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa estarão sujeitos a um período de carência de 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação do seguro, da data de sua recondução depois de suspenso, ou de sua alteração caso impliquem em modificações dos riscos originalmente aceitos.

9. CONTRATAÇÃO

9.1. A contratação deste seguro se dá por meio da emissão da Apólice ou do Bilhete de seguro por meios eletrônicos.

9.2. Para este seguro, por ser estruturado em regime financeiro de repartição simples, não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou ao beneficiário.

9.3. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.

9.4. A emissão do Bilhete de Seguro caracteriza a ciência, aceitação e concordância, pelo Segurado, das condições gerais deste seguro.

10. VIGÊNCIA

10.1. A vigência do seguro será de acordo com o especificado na Apólice ou no Bilhete de Seguro.

10.2. O período de vigência do seguro inicia e cessa na data e hora especificada na Apólice ou Bilhete de Seguro, ou no decorrer desse período, se ocorrer uma das situações previstas no item 18. destas Condições Gerais, que tratam do cancelamento do seguro.

11. RENOVAÇÃO

11.1. A renovação do Seguro poderá ser efetuada, por igual período, por iniciativa do segurado ou da Seguradora, com a concordância expressa de ambas as partes.

11.2. É vedada a renovação automática deste seguro.

12. CAPITAL SEGURADO

12.1. O capital segurado é o valor que corresponde à importância máxima vigente na data do evento a ser paga pela seguradora, na ocorrência de evento coberto, e será expresso em moeda corrente nacional.

12.2. Os valores de capital segurado constarão da Apólice ou do Bilhete de Seguro, respeitando os limites máximos individuais vigentes nas normas que regulamentam o Edital Eletrônico No. 1 de 2020/SUSEP – Sandbox Regulatório.

13. ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

13.1. Os valores de capitais segurados e prêmios, mencionados nas condições contratuais e referentes às garantias contratadas pelo segurado, serão atualizados anualmente, com base na variação acumulada do índice IPCA/IBGE, ocorrida entre o 14º e o 2º mês anterior ao mês do reajuste.

13.2. Adicionalmente, quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados serão atualizados pelo IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

13.3. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

14. PAGAMENTO DE PRÊMIO

14.1. O prêmio do seguro representa o valor a ser pago pelo Segurado, incluindo o valor do Imposto sobre Operações Financeiras (IOF), na forma da legislação em vigor.

14.2 A forma de pagamento do seguro será mensal, devendo ser observado:

a) Sempre que o Segurado deixar de pagar o prêmio mensal na data do seu vencimento, a cobertura ficará automaticamente suspensa a partir da data do seu vencimento, sem a necessidade de prévia comunicação ao Segurado. A cobertura será automaticamente restabelecida às 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado voltar a pagar o prêmio mensal, observando-se o prazo previsto na alínea "b". Após 3 (três) mensalidades consecutivas ou não, sem que o Segurado tenha realizado o pagamento do prêmio, o Bilhete estará automaticamente e de pleno direito cancelado, sem a necessidade de prévia comunicação ao Segurado.

b) A suspensão poderá ocorrer no máximo 2 (duas) vezes a cada período de 12 (doze) meses de vigência do Bilhete, contados, sempre, da data original da contratação do Bilhete. A partir da 3ª (terceira) suspensão, inclusive, o Bilhete ficará automaticamente cancelado, sem a necessidade de prévia comunicação ao Segurado.

c) No período de suspensão de cobertura, nenhum prêmio será cobrado ao Segurado e nenhuma cobertura será concedida.

14.2.1. Caso a vigência do bilhete de seguro seja inferior a um mês, o prêmio deverá ser pago de forma única.

14.2.2. Caso o bilhete possua coberturas intermitentes, os prêmios poderão ser pagos em periodicidades distintas, em função da utilização das coberturas.

14.2.3. A devolução de prêmio, quando aplicável, será calculada proporcionalmente ao tempo de cobertura decorrido em função do tempo de cobertura contratado.

14.3. Fica vedado o cancelamento do contrato de seguro cujo prêmio tenha sido pago a vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o financiamento.

14.4. Se a data limite para o pagamento do prêmio a vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário. A sociedade seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao segurado ou seu representante ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

14.5. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio a vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do contrato de seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

14.6. Se o prêmio for pago por averbação, o não pagamento de uma averbação poderá acarretar a proibição de novas averbações, porém os bens referentes aos prêmios já pagos continuam com cobertura até o fim da vigência prevista na apólice ou bilhete de seguro.

14.7. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos às atualizações monetárias a partir da data de recebimento, até a data da devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE.

14.8. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

14.9. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar, não podendo haver estipulação expressa.

15. CANCELAMENTO DO SEGURO

15.1. O seguro poderá ser cancelado a qualquer tempo, mediante solicitação do segurado para a Seguradora.

15.2. O seguro não poderá ser cancelado durante a sua vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

15.3. A cobertura de cada segurado termina automaticamente:

a) No final do prazo de vigência do seguro, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;

b) Em caso de cancelamento do seguro, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Gerais;

c) Com o falecimento do segurado;

d) Mediante solicitação do segurado

e) Na data em que o segurado perder seus direitos de acordo com o item 19 destas Condições Gerais.

16. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

16.1. Ocorrendo o evento coberto, ele deverá ser comunicado pelo segurado, beneficiário ou seu representante.

16.2. Para o Aviso de Sinistro, o beneficiário ou o próprio segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

a) Do segurado:

- RG;
- CPF;
- Certidão de Nascimento ou Casamento atualizada com averbação do óbito;
- Comprovante de Residência em nome do segurado;
- Aviso de Sinistro;
- Declaração de Herdeiros;
- Autorização para crédito de pagamento em conta corrente.

b) Do(s) beneficiário(s):

- Pais: RG, CPF e Comprovante de Residência;
- Cônjuge: RG, CPF, Certidão de Casamento e Comprovante de Residência;
- Companheira: RG, CPF, comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS e Comprovante de Residência;
- Filhos: RG, CPF, Certidão de Nascimento e Comprovante de Residência, sendo que:

I. Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;

II. Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;

- Autorização para crédito de pagamento em conta corrente.

16.3. Deverá ser entregue ainda a documentação necessária para cada tipo de ocorrência, constante das condições especiais das coberturas contratadas.

17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

17.1. Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do beneficiário, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências por esta determinadas.

17.2. Todos os pagamentos de indenizações referentes a esse seguro serão efetuados no Brasil, em moeda nacional e na forma de parcela única.

17.3. A seguradora após receber o aviso de sinistro e os respectivos documentos, verificará se o evento ocorrido é um risco coberto e, portanto, se o beneficiário tem direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da indenização, sob a forma de parcela única.

17.4. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do acidente.

17.5. O prazo para o pagamento das indenizações será de 10 (dez) dias, contados a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos nestas Condições Gerais e Especiais.

17.6. A solicitação de qualquer documento comprobatório adicional por parte da sociedade Seguradora, além daqueles definidos neste item, deverá estar acompanhada de justificativa fundamentada e ocorrer dentro do prazo máximo para pagamento da indenização.

17.7. A contagem do prazo para pagamento da indenização mencionado no item 19.5 acima poderá ser interrompido uma única vez para a solicitação da documentação complementar a que se refere o item 19.6 acima e voltará a correr na data do seu recebimento pela Seguradora.

17.8. Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização estará sujeito à aplicação de juros de mora equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.

17.9. Os valores das indenizações de sinistros ficam sujeitos à atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, quando a seguradora não cumprir o prazo de 10 (dez) dias fixado para pagamento da indenização.

17.10. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

17.11. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

17.12. Caso a cobertura prevista por este seguro se extinguir pela ocorrência de um eventual sinistro, e havendo cobrança e/ou pagamento de prêmio após a data de aviso do sinistro, os valores de prêmios pagos serão devolvidos devidamente atualizados pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

17.13. Detalhes específicos sobre sinistros, por tipo de ocorrência, estão definidos nas Condições Especiais das garantias contratadas.

18. PERDA DE DIREITOS

18.1. O segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente seguro quando:

- a) **deixar de cumprir as obrigações convencionadas nas condições gerais e especiais do seguro;**
- b) **agravar intencionalmente o risco segurado;**
- c) **por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o segurado, seus propositos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e/ou seu representante legal procurar obter benefícios do presente seguro;**

d) **fizer declarações inexatas, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível;**

e) **deixar de comunicar imediatamente à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé;**

f) **o sinistro decorrer de dolo do segurado, má fé, fraude e/ou simulação.**

18.2. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

18.3. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

18.4. Na hipótese de continuidade do seguro, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

19. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

19.1. A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, que deverá informá-los no ato da contratação indicando o nome e o grau de parentesco. A qualquer tempo, o segurado/participante poderá alterar o(s) beneficiário(s) indicado(s).

19.2. Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um.

19.3. Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.

19.4. Caso o segurado não preencha o campo relativo ao beneficiário, a indenização será paga aos herdeiros legais na ordem estabelecida pelo Art. 1.829 do Código Civil.

20. ALTERAÇÃO DO SEGURO

20.1. A contratação/alteração do contrato de seguro poderá ser feita mediante proposta de contratação física assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou, ainda, por solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros ou por meios remotos nos termos da regulamentação específica.

20.2. O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar à Seguradora o aumento ou a redução do valor do capital segurado, dentro dos limites mínimo e máximo de valores para o capital estabelecidos no Contrato, podendo a Seguradora solicitar documentos para reanálise do risco do Segurado a fim de permitir ou não a implementação da alteração solicitada.

20.3. Para a determinação do valor do capital segurado no momento da liquidação do sinistro, deverá ser considerada como data do evento a data definida nas condições especiais do seguro.

20.4. Nenhuma alteração do seguro será válida se não for feita por escrito e receber concordância de ambas as partes contratantes.

20.5. Não é válida a presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nestas condições contratuais, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

21. CANAL DE DISTRIBUIÇÃO

21.1. O seguro será comercializado por Venda Direta feita pelo aplicativo/sítio eletrônico da Seguradora, Representantes ou Corretores de Seguros.

22. COMUNICAÇÕES

22.1. As comunicações do segurado deverão ser feitas sempre através do aplicativo ou sítio eletrônico de contratação da Seguradora na área do segurado destinada para tal e/ outros canais disponibilizados pela Seguradora.

22.2. As comunicações feitas à seguradora pelo representante de seguros ou corretor, em nome do segurado, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do Segurado.

23. PRESCRIÇÃO

23.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

24. OUVIDORIA

24.1. A 88i Seguradora Digital. está comprometida em sempre oferecer o melhor nível de serviço aos seus clientes.

24.2. Assim, colocamos à sua disposição a Ouvidoria 88i Seguradora Digital., um canal que atende as manifestações registradas sob a forma de reclamações, denúncias, sugestões, críticas e elogios.

24.3. A indicação da Ouvidoria se dá para casos em que os clientes não encontrem solução satisfatória apresentada ao contatar o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) e possuam o número de protocolo recebido.

25. FORO

25.1. Fica eleito o foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na Apólice ou no Bilhete de Seguro, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados nos item 6 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) **intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- b) **acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência; e**
- d) **cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 16 das Condições Gerais do seguro:

- certidão de óbito do segurado;
- cópia da Declaração Médica por Doença assinada pelo médico assistente;
- relatório médico devidamente preenchido pelo médico assistente;
- cópia do prontuário médico-hospitalar;
- cópia dos exames médicos;
- cópia dos laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
- cópia da Declaração Médica por Doença assinada pelo médico assistente;
- boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado.
- laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML;

- laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- declaração de únicos herdeiros, com reconhecimento de firma dos declarantes;
- Quaisquer outros documentos que forem necessários.

CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente e Total por Acidente consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na Apólice ou no Bilhete de Seguro, de uma única vez, nas hipóteses de Invalidez Total e Permanente por Acidente em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.

A invalidez total e permanente por acidente caracteriza-se exclusivamente com os seguintes diagnósticos:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um membro superior e de um membro inferior;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total e incurável;

i) Nefrectomia bilateral.

- 1.1 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade.
 - 1.1.1 A Seguradora reserva-se o direito de consultar, livremente e a seu critério, especialistas para comprovar a invalidez e seu grau, obrigando-se o Segurado a submeter-se ao exame desses especialistas.
- 1.2 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.
- 1.3 Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital contratado nesta cobertura.
- 1.4 A perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não caracteriza Invalidez Permanente Total por Acidente.
- 1.5 Os danos estéticos não dão direito ao recebimento do capital segurado por Invalidez Permanente Total Por Acidente.
- 1.6 As Coberturas de Morte Acidental e de Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam. Se depois de paga uma importância por Invalidez Permanente Total por Acidente sobrevier a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, será deduzida da importância a ser paga o valor já recebido pelo Segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além de todos os riscos e eventos mencionados no item 6 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

a) doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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 suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

c) denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);

d) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;

e) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas;

f) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

g) todo e qualquer tipo de curetagem uterina; e

h) quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 16 das Condições Gerais do seguro:

- boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;
- carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;

- cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- relatório médico com descrição da patologia, procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente;
- exames utilizados para o diagnóstico, com RX, ultrassons, entre outros, acompanhados dos respectivos laudos;
- em caso de sinistro em decorrência de alienação mental, total e incurável, deverá ser apresentado o termo de interdição judicial do Segurado, de forma a permitir o pagamento da indenização ao curador.

CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO

- 1.1 A cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas consiste no pagamento do capital segurado, mediante reembolso, relativo as despesas médicas, hospitalares e odontológicas, limitado ao valor contratado, decorrentes de acidente coberto.
- 1.2 Estão cobertas as Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas do Segurado, decorrentes de acidente pessoal coberto, efetuadas exclusivamente para seu tratamento, desde que iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do evento, sob orientação médica, incluindo diárias hospitalares necessárias para o restabelecimento do Segurado.
- 1.3 Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviço médicos, hospitalares e odontológicos, desde que sejam profissionais habilitados.
- 1.4 A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do Médico Assistente

1.5 As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de Cobertura contratada, à época da ocorrência do Sinistro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além de todos os riscos e eventos mencionados no item 6 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

a) Não estão cobertas as Despesas Médicas, Hospitalares Odontológicas do Segurado decorrentes de estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;

b) Não estão cobertas as Despesas Médicas, Hospitalares Odontológicas do Segurado decorrentes de aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses ou órteses implantadas pela primeira vez.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 16 das Condições Gerais do seguro:

- boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;
- Relatório médico assinado pelo médico assistente;
- Comprovantes das despesas médicas, hospitalares e odontológicas;
- Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado.

CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL POR CRIME (MAC)

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental por Crime consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na Apólice ou no Bilhete de Seguro, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado em virtude de acidente decorrente de crime ocorrido durante o período de vigência do seguro.

Para fins dessa cobertura, define-se como crime os eventos contra a pessoa definidos no Código Penal que resultem na morte do segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados no item 6 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) Eventos enquadrados como crime de trânsito;
- b) Crimes cometidos por parentes do segurado (ascendentes, descendentes e cônjuge), ou quaisquer outros que dependem economicamente do segurado;
- c) Qualquer outro evento que não seja em consequência de crime coberto neste seguro.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 16 das Condições Gerais do seguro:

- certidão de óbito do segurado;
- boletim de ocorrência policial e peças do inquérito policial;
- Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal;
- Laudo da perícia técnica, se houver;

- Declaração de únicos herdeiros, com reconhecimento de firma dos declarantes;
- Quaisquer outros documentos que forem necessários.

CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE CRIME (IPTC)

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente e Total por Acidente Decorrente de Crime consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na Apólice ou no Bilhete de Seguro, de uma única vez, nas hipóteses de Invalidez Total e Permanente por Acidente em virtude de crime ocorrido durante o período de vigência do seguro, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.

A invalidez total e permanente por acidente decorrente de crime caracteriza-se exclusivamente com os seguintes diagnósticos:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um membro superior e de um membro inferior;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total e incurável;
- i) Nefrectomia bilateral.

- 1.7 A invalidez permanente e total por acidente decorrente de crime deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade.
- 1.7.1 A Seguradora reserva-se o direito de consultar, livremente e a seu critério, especialistas para comprovar a invalidez e seu grau, obrigando-se o Segurado a submeter-se ao exame desses especialistas.
- 1.8 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.
- 1.9 Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital contratado nesta cobertura.
- 1.10 A perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não caracteriza Invalidez Permanente Total por Acidente.
- 1.11 Os danos estéticos não dão direito ao recebimento do capital segurado por Invalidez Permanente Total Por Acidente.
- 1.12 As Coberturas de Morte Acidental por Crime e de Invalidez Permanente Total por Acidente Decorrente de Crime não se acumulam. Se depois de paga uma importância por Invalidez Permanente Total por Acidente sobrevier a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, será deduzida da importância a ser paga o valor já recebido pelo Segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1 **Além de todos os riscos e eventos mencionados no item 6 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:**
 - a) **Eventos enquadrados como crime de trânsito;**
 - b) **Crimes cometidos por parentes do segurado (ascendentes, descendentes e cônjuge), ou quaisquer outros que dependem economicamente do segurado;**

- c) **Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de um crime;**
- d) **Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de um crime;**
- f) **Quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de um crime;**
- g) **Qualquer outro evento que não seja em consequência de crime coberto neste seguro.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 16 das Condições Gerais do seguro:

- cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- boletim de ocorrência policial e peças do inquérito policial;
- Laudo de perícia técnica, se houver;
- carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
- atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente, e se o Segurado se encontrava em tratamento quando da entrega do Aviso de Sinistro;
- relatório médico preenchido e assinado com firma reconhecida;
- resultados dos exames indicativos da lesão;
- boletim do hospital que prestou o primeiro atendimento;
- cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

- quaisquer outros documentos que forem necessários.

CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente consiste no pagamento de uma indenização ao segurado, limitada ao capital segurado na Apólice ou no Bilhete de Seguro, de uma única vez, na hipótese da perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

Se, depois de paga indenização por uma invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor a ser indenizado pela morte em qualquer outra cobertura. Nestes casos, o beneficiário terá direito à indenização por morte, deduzidos os valores pagos pela invalidez permanente, mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela par Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", conforme abaixo:

| INVALIDEZ PERMANENTE | TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE | % SOBRE O CAPITAL SEGURADO |
|----------------------------|--|----------------------------|
| TOTAL | Perda total da visão de ambos os olhos | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os membros superiores | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os membros inferiores | 100 |
| | Perda total do uso de ambas as mãos | 100 |
| | Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior | 100 |
| | Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os pés | 100 |
| | Alienação mental total e incurável | 100 |
| PARCIAL DIVERSAS | Perda total da visão de um olho | 30 |
| | Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver 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(mandíbula) | 20 |
| | Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral | 20 |
| | Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral | 25 |
| PARCIAL MEMBROS SUPERIORES | Perda total do uso de um dos membros superiores | 70 |
| | Perda total do uso de uma das mãos | 60 |
| | Fratura não consolidada de um dos úmeros | 50 |
| | Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares | 30 |
| | Anquilose total de um dos ombros | 25 |
| | Anquilose total de um dos cotovelos(cúbitos) | 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 | 09 |
| | 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 | 09 |
| | Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo | ----- |

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

Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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

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

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 definitiva.

O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

O pagamento do Capital referente a esta cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação, e conseqüente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além de todos os riscos e eventos mencionados no item 6 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

a) doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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 suas conseqüências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

c) denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);

d) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;

e) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas;

f) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

g) perda de dentes e os danos estéticos;

h) todo e qualquer tipo de curetagem uterina; e

i) quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 16 das Condições Gerais do seguro:

- boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;
- carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
- relatório médico com descrição da patologia, procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente;

- exames utilizados para o diagnóstico, com RX, ultrassons, entre outros, acompanhados dos respectivos laudos;
- em caso de sinistro em decorrência de alienação mental, total e incurável, deverá ser apresentado o termo de interdição judicial do Segurado, de forma a permitir o pagamento da indenização ao curador.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – DITA

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente consiste no pagamento de indenização proporcional ao período em que o segurado se encontrar sob tratamento médico decorrente exclusivamente de acidente pessoal, que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, a exercer sua profissão ou ocupação.

1.1.1. A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez ao segurado, após o retorno às suas atividades profissionais, ou a cada 6 (seis) meses, o que vier a ocorrer primeiro.

1.1.2. O tratamento médico deverá ter início até 30 (trinta) dias após a ocorrência do acidente.

1.1.3. A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia.

1.1.4. Após um evento indenizado, o segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma Cobertura após 3 (três) meses, contados a partir da data do retorno ao exercício de sua profissão ou ocupação.

1.1.5. O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente Pessoal:** De maneira complementar a definição de ACIDENTE PESSOAL constante no item 3.1. das condições gerais, para fins desta cobertura especial, o termo "ACIDENTE PESSOAL" refere-se a uma lesão corporal que impede o segurado de exercer sua principal ocupação profissional, e para a qual o segurado estiver recebendo tratamento médico, respeitando-se as exclusões presentes no item "b.3)" do item 3.1. das condições gerais.

2.2. **Franquia:** corresponderá ao número de dias, contados a partir da do afastamento do segurado de suas atividades laborativas, em que o segurado deva permanecer incapaz antes que tenha direito à indenização. O prazo de franquia contratado será definido no Bilhete de Seguro.

2.3. **Médico:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Para efeitos desta cobertura, o médico que diagnosticar o acidente ou doença não poderá ser o próprio segurado, seu cônjuge ou companheiro, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "6. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) lesões no joelho intra-articular; Entesopatia; Luxação do ombro (acrômio - clavicular ou glenohumeral) e fraturas patológicas, desde que não decorrentes de acidente pessoal coberto;

b) lombalgia, radiculopatia, dor ciática e outras neurites; lesões degenerativas da coluna vertebral, com a exceção do tratamento cirúrgico e as condições do sistema nervoso simpático, desde que não decorrentes de acidente pessoal coberto;

c) entorses, distensões e contusões, desde que não decorrentes de acidente pessoal coberto;

- d) transtornos mentais e psiquiátricos;**
- e) lesões que não requerem atenção médica;**
- f) internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);**
- g) cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- i) eventos causados exclusivamente pela não utilização pelo segurado de equipamentos de segurança exigidos por lei.**
- j) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- k) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.**
- l) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;**
- m) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;**
- n) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;**
- o) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e**
- p) quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado para esta cobertura é expresso pelo valor contratado para uma diária e por um limite máximo de diárias indenizáveis definidos no Bilhete de Seguro, e será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto, sem a cobrança de prêmio adicional.

4.2. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno às atividades laborativas.

5. FRANQUIA

5.1. O período de franquia estabelecido no Bilhete de Seguro será contado a partir da data do afastamento do segurado de suas atividades laborativas.

5.2. Não haverá indenizações para os casos de afastamentos por período inferior ao da franquia.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 15 das condições gerais do seguro:

- a) relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- b) cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
- c) laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- d) relatório médico, acompanhado dos exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia e, cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- e) comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de

pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;

f) Para o caso de motoristas de aplicativos de mobilidade, será exigida a comprovação do número de dias desconectados da plataforma de mobilidade.

6.2. A seguradora poderá a seu critério, realizar perícia por médico integrante da rede credenciada da seguradora.

CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental consiste no reembolso ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na Apólice ou no Bilhete de Seguro, limitado ao capital segurado contratado referente a esta cobertura, das despesas com o funeral ou cremação do segurado, em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, em decorrência única e exclusivamente de Morte Acidental, exceto se decorrente de risco excluído.

2. DESPESAS SUJEITAS A REEMBOLSO

As seguintes despesas com o funeral do segurado serão passíveis de reembolso:

- a) Registro do óbito;
- b) Repatriamento (até o município de moradia habitual comprovada), se for o caso;
- c) Carro funerário: disponibilizado para a família para o transporte do corpo do segurado desde o local em que se encontrar até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
- d) Locação de Jazigo: Taxa de locação de jazigo pelo período de 03 (três) anos a partir da data do sepultamento;
- e) Taxas de sepultamento: relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;

- f) Caixão: pagamento das despesas relacionadas à aquisição de urna funerária padrão standard;
- g) Ornamentação de urna: flores da época para o interior da urna;
- h) Paramentos: velas, aluguel de castiçais que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
- i) Coroa de flores: uma coroa confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos e eventos mencionados no item 6 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais, estão também expressamente excluídas quaisquer despesas não previstas no item 2 destas condições especiais, tais como:

- a) **Compra de jazigo;**
- b) **Despesas decorrentes de renovação de locação de jazigo;**
- c) **Despesas de exumação de corpo em jazigo da família;**
- d) **Despesas com passagens ou hospedagem de familiares do segurado para acompanhar a cerimônia de sepultamento/cremação do segurado;**
- e) **Lápides e/ou gravações;**
- f) **Reformas do jazigo;**
- g) **Roupas;**
- h) **Contratação de religioso ou missa de sétimo dia;**
- i) **Necromaquiagem;**
- j) **Técnicas de preservação (embalsamento e tanatopraxia);**
- k) **Quaisquer outras despesas não relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nestas condições.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 16 das Condições Gerais do seguro:

- certidão de óbito do segurado;
- Notas fiscais das despesas com o funeral em nome do responsável pelo pagamento, constando nome completo, cpf e relação das despesas com descrição e valores;
- Documento de identificação (RG) e CPF do responsável pelo pagamento das despesas;
- cópia da Declaração Médica por Doença assinada pelo médico assistente;
- relatório médico devidamente preenchido pelo médico assistente;
- cópia do prontuário médico-hospitalar;
- cópia dos exames médicos;
- cópia dos laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
- cópia da Declaração Médica por Doença assinada pelo médico assistente;
- boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado.
- laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML;
- laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- declaração de únicos herdeiros, com reconhecimento de firma dos declarantes;
- Quaisquer outros documentos que forem necessários.