



SEGURO DE ACIDENTES PESSOAS INDIVIDUAL

**CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS
BILHETE DE SEGURO**

RAMO: 1381 – PESSOAS INDIVIDUAL

Processo Susep Nº 15414.631196/2026-31
Junho/2026

SUMÁRIO

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES.....	4
2. ESTRUTURA DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO	4
3. OBJETIVO DO SEGURO	4
4. TIPO DE CONTRATAÇÃO	4
5. DEFINIÇÕES	5
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	7
7. COBERTURAS DO SEGURO.....	7
8. RISCOS EXCLUÍDOS	8
9. CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO.....	10
10.VIGÊNCIA.....	10
11.RENOVAÇÃO.....	11
12.CARÊNCIA.....	11
13.CAPITAL SEGURADO.....	11
14.ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DOS VALORES DO CONTRATO	12
15.PAGAMENTO DE PRÊMIO.....	12
16.PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	14
17.REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	16
18.REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	17
19.PERDA DE DIREITOS	18
20.BENEFICIÁRIOS	19
21.RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO	20
22.ALTERAÇÃO DO SEGURO	21
23.PRESCRIÇÃO	21
24.FORO.....	21
CONDIÇÕES ESPECIAIS	21
I - COBERTURA MORTE ACIDENTAL	21
II - COBERTURA INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL POR ACIDENTE.....	23
III - COBERTURA DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE.....	27
IV - COBERTURA MORTE ACIDENTAL POR CRIME	28
V - COBERTURA INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE CRIME	30

VI - COBERTURA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.....	33
VII - COBERTURA DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA).....	37
VIII - COBERTURA AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE.....	42

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco, exceto quando for um seguro contratado por meio de emissão de Bilhete de Seguro.

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

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

2. ESTRUTURA DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO

2.1. Condições Contratuais é o conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, incluindo as constantes das Condições Gerais, das Condições Especiais, das Condições Particulares do Bilhete de Seguro.

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

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

2.2.2. Condições Especiais são as cláusulas relativas às coberturas deste plano de seguro, nas quais são descritos os riscos cobertos e os riscos não cobertos específicos de cada cobertura e que podem alterar as Condições Gerais.

3. OBJETIVO DO SEGURO

3.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), na ocorrência de um evento coberto pela cobertura contratada, durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrentes de riscos ou eventos excluídos, desde que respeitadas às Condições Contratuais.

4. TIPO DE CONTRATAÇÃO

4.1. O plano é de contratação individual.

5. DEFINIÇÕES

5.1. 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.

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, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico do segurado, observando-se que o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal.

BENEFICIÁRIO: é a pessoa física ou jurídica designada para receber o valor da indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

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.

CAPITAL SEGURADO: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

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 o(s) beneficiário(s) não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

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

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

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.

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.

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

HOSPITAL: é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados Por esta Seguradora.

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.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do Segurado. O Médico Assistente, para efeito de comprovação da cobertura do Sinistro não poderá ser o próprio Segurado, cônjuge, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o Segurado.

PRÊMIO: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

PRÊMIO PERIÓDICO: valor a ser pago para a garantia do risco, com qualquer periodicidade compatível com as suas características e com a vigência da cobertura, conforme opção especificada no Bilhete de Seguro.

PRÊMIO ÚNICO: valor a ser pago para a garantia do risco, calculado para a vigência integral do Bilhete de Seguro, podendo ser pago à vista ou parcelado.

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.

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

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

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.

SEGURADO: é pessoa física sobre a qual se estabelecerá o seguro.

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

VIGÊNCIA: é o período determinado no Bilhete de Seguro pelo qual está contratado o seguro as coberturas serão garantidas pela sociedade seguradora.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

7. COBERTURAS DO SEGURO

7.1. As coberturas passíveis de contratação para este seguro são as abaixo mencionadas, e poderão ser contratadas de acordo com as conjugações oferecidas pela Seguradora. As coberturas contratadas estarão definidas no Bilhete de Seguro.

7.2. As coberturas dividem-se em básicas e adicionais, sendo que o Seguro não pode ser contratado sem pelo menos uma cobertura básica.

7.3. Coberturas Básicas:

7.3.1. Morte Acidental – MA

7.3.2. Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – DITA

7.4. Coberturas Adicionais:

7.4.1. Invalidez Permanente e Total por Acidente – IPTA

7.4.2. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente – DMHOA

7.4.3. Morte Acidental por Crime – MAC

7.4.4. Invalidez Permanente e Total por Acidente decorrente de Crime – IPTC

7.4.5. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA

7.4.6 Auxílio Funeral por Acidente

7.5. No caso de menores de 14 (quatorze) anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, mediante apresentação de comprovantes satisfatórios, incluindo despesas com traslado. Não estarão cobertas despesas com aquisição e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.

8. RISCOS EXCLUÍDOS

8.1. 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 a sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura, ou da solicitação de aumento de capital contratado ou ainda da sua recondução depois de suspenso;

c) epidemias, gripe aviária ou pandemias declaradas por órgão competente;

d) acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, enchentes, alagamentos, desmoronamento, deslizamento de terra e erupções vulcânicas;

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 se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;

g) 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) 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 caracterizado como infração de trânsito ou se decorrentes do trabalho, da prestação de serviços militares, de atos humanitários, da utilização de meio de transporte arriscado ou da prática desportiva;

i) gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto, exceto se decorrentes de acidente pessoal coberto;

j) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências;

k) 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;

l) 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;

m) riscos garantidos por coberturas não contratadas;

n) eventos ocorridos antes da contratação do seguro ou durante o período de carência da cobertura, ainda que manifestado durante a sua vigência;

o) autolesão voluntária e premeditada ou sua tentativa;

p) procedimentos não previstos no código de ética médica brasileiro do Conselho Federal de Medicina e/ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.

8.2. Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas no Bilhete de Seguro.

8.3. Excluem-se do conceito de ACIDENTE PESSOAL e, por consequência, estão excluídos da cobertura deste seguro, os eventos decorrentes de:

8.3.1. 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;

8.3.2. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

8.2.3. 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

8.2.4. 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.

9. CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO

9.1. A contratação deste seguro se dá por meio da emissão de Bilhete de Seguro.

9.1.1. No caso de contratação deste seguro por meio de emissão de Bilhete de Seguro, a aceitação dos riscos é automática.

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 emissão do Bilhete de Seguro caracteriza a ciência, aceitação e concordância, pelo Segurado, das Condições Contratuais deste seguro.

10. VIGÊNCIA

10.1. A vigência do seguro terá início e término nas datas e horários indicados no Bilhete de Seguro ou no decorrer desse período se ocorrer uma das situações previstas nos termos da CLÁUSULA 21 - RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO destas Condições Gerais.

11. RENOVAÇÃO

11.1. Este seguro poderá ser renovado automaticamente uma única vez, pelo mesmo prazo, salvo se ocorrer alguma das situações previstas nas Condições Contratuais ou se a Seguradora avisar ao Segurado com 30 (trinta) dias de antecedência sobre a não renovação.

12. CARÊNCIA

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

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

12.2.1. Quando o segurado aumentar o capital segurado, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se ocorrer o suicídio no prazo previsto nesta Cláusula.

12.2.2. É vedada a fixação de novo prazo de carência, nas hipóteses de renovação e de substituição do contrato, ainda que seja outra a seguradora.

12.2.3 O suicídio em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência.

12.3. Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, o valor do prêmio pago será entregue pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) beneficiário(s), deduzidos os impostos incidentes.

13. CAPITAL SEGURADO

13.1. 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.

13.2. O capital segurado, por cobertura, será indicado no Bilhete de Seguro.

13.3. As despesas de salvamento para evitar o sinistro ou atenuar seus efeitos serão de até 10% (dez cento) da cobertura contratada, por evento coberto, observado o disposto na Cláusula 8.2 destas Condições Gerais.

14. ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DOS VALORES DO CONTRATO

14.1. Os valores de capitais segurados e prêmios, mencionados nas condições contratuais e referentes às coberturas contratadas pelo segurado, serão corrigidos anualmente, no aniversário do Bilhete de Seguro, com base na variação acumulada do índice IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ocorrida entre o 14º e o 2º mês anterior ao mês do reajuste.

14.2. 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.

14.3. 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.

15. PAGAMENTO DE PRÊMIO

15.1. O prêmio do seguro poderá ser pago de forma única, à vista ou fracionado, ou de forma periódica, podendo ser mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual, parcelado ou outra forma de prêmio periódico, de acordo com o estabelecido no Bilhete de Seguro.

15.2. O prazo limite para o pagamento do prêmio é a data de vencimento estipulada no documento de cobrança. Se a data limite para o pagamento do prêmio 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.

15.3. A falta de pagamento da parcela única ou da 1ª (primeira) parcela do prêmio até a data do seu vencimento resolve automaticamente e de pleno direito o contrato de seguro, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

15.4. Quando o pagamento do prêmio for periódico, caso o pagamento de qualquer parcela subsequente à primeira não seja efetuado na data do seu vencimento, a cobertura será suspensa e os sinistros ocorridos no período de inadimplência não terão cobertura.

15.4.1. A Seguradora notificará o Segurado sobre o inadimplemento (i) concedendo-lhe prazo de 15 (quinze) dias para a purgação da mora, sob pena de suspensão da garantia contratual; e (ii) advertindo sobre a possibilidade de cancelamento do Bilhete de Seguro caso o inadimplemento persista por 30 (trinta) dias após a suspensão.

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

15.4.3. Após a regularização da pendência, a garantia será restabelecida no prazo de 24h (vinte e quatro horas) após o pagamento do prêmio devido.

15.5. No caso de fracionamento do prêmio único e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado de forma proporcional ao prêmio efetivamente pago.

15.5.1. A sociedade seguradora informará ao segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado.

15.5.2. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência ajustada, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original do Bilhete de Seguro.

15.5.3. Findo o prazo de vigência ajustada sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, ou no caso de fracionamento em que a aplicação da proporcionalidade ao tempo de cobertura decorrido em função do tempo de cobertura contratado não resulte em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora definirá os procedimentos, podendo: cancelar o contrato de pleno direito, se houver previsão expressa; ou informar, obrigatoriamente e em destaque, o critério que será adotado para suspensão, restabelecimento e cancelamento da cobertura, sendo vedada a cobrança de prêmio pelo período de suspensão.

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

15.7. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à 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.

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

15.9. 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 no índice estabelecido nos termos da CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DOS VALORES DO CONTRATO destas Condições Gerais.

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

16. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

16.1. Ocorrendo o evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado, Beneficiário ou seu representante à Seguradora.

16.2. Para o Aviso de Sinistro, o Segurado ou o Beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

16.2.1. Do Segurado:

- a) Cópia da carteira de identidade (RG);
- b) Cópia do CPF;
- c) Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento atualizada com averbação do óbito;
- d) Cópia do Comprovante de Residência (com prazo de 90 dias da sua emissão) em nome do segurado;
- e) Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado;
- f) Declaração de Herdeiros;
- g) Autorização para crédito de pagamento em conta corrente.

16.2.2. Do(s) Beneficiário(s):

16.2.2.1. País

- a) Cópia da carteira de identidade (RG);
- b) Cópia do CPF;
- c) Cópia do Comprovante de Residência (com prazo de 90 dias da sua emissão);

- d) Autorização para crédito de pagamento em conta corrente.

16.2.2.2. Cônjuge

- a) Cópia da carteira de identidade (RG);
- b) Cópia do CPF;
- c) Cópia da Certidão de Casamento;
- d) Cópia do Comprovante de Residência (com prazo de 90 dias da sua emissão);
- e) Autorização para crédito de pagamento em conta corrente.

16.2.2.3. Companheiro(a)

- a) Cópia da carteira de identidade (RG);
- b) Cópia do CPF;
- c) Declaração de União Estável ou Comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS;
- d) Cópia do Comprovante de Residência (com prazo de 90 dias da sua emissão);
- e) Autorização para crédito de pagamento em conta corrente.

16.2.2.4. Filho(s)

- a) Cópia da carteira de identidade (RG);
- b) Cópia do CPF;
- c) Cópia da Certidão de Nascimento;
- d) Cópia do Comprovante de Residência (com prazo de 90 dias da sua emissão);
- e) Autorização para crédito de pagamento em conta corrente.

16.2.2.4.1. Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesesseis) 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.

16.2.2.4.2. Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) 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.

16.3. Além desta documentação básica, deverão ser fornecidos à Seguradora, a documentação necessária para cada tipo de ocorrência, constante das Condições Especiais das coberturas contratadas.

17. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

17.1. A seguradora, após receber o aviso de sinistro e os respectivos documentos básicos previstos na Cláusula 16 destas Condições Gerais e nas Condições Especiais da cobertura acionada, terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para concluir a Regulação do Sinistro e se manifestar sobre a cobertura, contado da data da entrega, pelo Segurado ou Beneficiário, do último documento pendente. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar outras informações e documentação complementar. Neste caso, a contagem do prazo para a manifestação sobre a cobertura será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente ao da entrega de toda a documentação complementar solicitada.

17.1.1. A contagem do prazo poderá ser suspensa por no máximo 2 (duas) vezes, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação. Nos sinistros em que o Capital Segurado da cobertura reclamada não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, a suspensão poderá ocorrer por apenas 1 (uma) única vez.

17.1.2. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o aviso de sinistro e durante a Regulação não importam, por si só, no reconhecimento da cobertura securitária.

17.2. Encerrada a Regulação do Sinistro, caso a Seguradora conclua que não há cobertura securitária, o Segurado ou Beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo de 30 (trinta) dias indicado no item 17.1.

17.3. A Seguradora poderá apresentar fundamentos adicionais para a negativa da cobertura, caso venha a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia ou caso a negativa seja baseada na ausência ou insuficiência de documentos.

17.4. A Regulação e a Liquidação do Sinistro poderão ser realizadas simultaneamente.

17.5. Reconhecida a cobertura securitária para o Sinistro, a Seguradora efetuará o pagamento do Capital Segurado da cobertura acionada, no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

17.5.1. O Segurado ou o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) apresentar à Seguradora todos os documentos e elementos necessários à quantificação dos valores devidos.

17.6. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, hipótese em que o prazo para o pagamento do Capital Segurado será suspenso por 1 (uma) vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

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

17.4. Os valores das indenizações de sinistros ficam sujeitos à atualização monetária, pela variação positiva do índice, estabelecido nos termos da CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DOS VALORES DO CONTRATO destas Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido e juros legais de 12% ao ano, quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.

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

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

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

17.7. Todos os pagamentos de indenizações referentes a esse seguro serão efetuados no Brasil, em moeda nacional.

18. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

18.1. Em caso de sinistro, haverá a reintegração do Capital Segurado para as coberturas Diária por Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHOA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), após a ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

18.2. Para as demais coberturas, em caso de sinistro, não haverá a reintegração do Capital Segurado.

19. PERDA DE DIREITOS

19.1. O segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente seguro, obrigando-se ao pagamento do Prêmio vencido e das despesas efetuadas pela Seguradora, quando:

19.1.1. deixar de cumprir as obrigações convencionadas nas condições gerais e especiais do seguro;

19.1.2. agravar intencionalmente o risco segurado;

19.1.3. o próprio segurado, seus propostos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e/ou seu representante legal obter benefícios do presente seguro por qualquer meio ilícito, má-fé, dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização;

19.1.4. o segurado, por si ou por seu representante, seu corretor de seguros, seu preposto ou seu beneficiário fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

19.1.4.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de dolo do segurado, a sociedade seguradora poderá, diante dos fatos não relevados, na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) Cancelar o seguro, caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, retendo do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

19.1.4.2. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de dolo do segurado, a sociedade seguradora poderá, na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial de capital segurado:

a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, restando do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou

b) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.

19.1.4.3. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de dolo do segurado, a sociedade seguradora poderá, na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

19.1.5. deixar de comunicar imediatamente à seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização se ficar comprovado, pela Seguradora, que silenciou de má-fé;

19.1.6. a Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo Segurado, poderá, por meio de comunicação formal:

a) restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou

b) cobrar a diferença do prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

19.1.7. O cancelamento do seguro nos casos em que a garantia é tecnicamente impossível ou o risco decorrente da omissão não é originalmente subscrito pela Seguradora só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao Segurado, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

20. BENEFICIÁRIOS

20.1. 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).

20.2. Quando for designado mais de um beneficiário, o Segurado deverá indicar o percentual da Indenização destinado a cada um. Na ausência desta indicação, o valor a ser indenizado será dividido em partes iguais.

20.3. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o pagamento de indenização será efetuado por metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do Segurado.

20.3.1. Considera-se ineficaz a indicação quando o Beneficiário falecer antes da ocorrência do sinistro ou se ocorrer comoriência.

20.3.2. Se não houver beneficiários indicados ou legais, o valor será pago àqueles que provarem que a morte do segurado os privou de meios de subsistência.

20.4. Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

20.5. Nas Coberturas Diária por Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), Invalidez Permanente e Total por Acidente (IPTA), Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHOA), Invalidez Permanente e Total por Acidente decorrente de Crime (IPTC) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), o Beneficiário será o próprio Segurado.

21. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO

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

21.2. A cobertura deste seguro terminará automaticamente:

- I. 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;
- II. Em caso de cancelamento do seguro, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Gerais;
- III. Com o falecimento do segurado;
- IV. Mediante solicitação do segurado
- V. Na data em que o segurado perder seus direitos de acordo com a cláusula 19 - PERDA DE DIREITOS destas Condições Gerais.

22. ALTERAÇÃO DO SEGURO

22.1. Este seguro poderá ser alterado a qualquer momento, mediante acordo entre a Seguradora e o Segurado, desde que obedeça aos termos, condições e estrutura do plano contratado.

23. PRESCRIÇÃO

23.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

24. FORO

24.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

I - COBERTURA MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

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

1.2. As indenizações por Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam. Se depois de paga uma Indenização por Invalidez Permanente (IPTA e/ou IPA) verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo Acidente, a Seguradora pagará a Indenização devida para a Cobertura de Morte Acidental, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente (IPTA e/ou IPA).

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além de todos os riscos e eventos mencionados na CLÁUSULA 8 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- 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

3.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados na CLÁUSULA 16 – PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais do seguro:

- a. certidão de óbito do segurado;
- b. cópia da Declaração Médica por Doença assinada pelo médico assistente;
- c. relatório médico devidamente preenchido pelo médico assistente;
- d. cópia do prontuário médico-hospitalar;
- e. cópia dos exames médicos;
- f. cópia dos laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
- g. cópia da Declaração Médica por Doença assinada pelo médico assistente;

- h. boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- i. carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
- j. laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML;
- k. laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- l. declaração de únicos herdeiros, com reconhecimento de firma dos declarantes;
- m. quaisquer outros documentos que forem necessários.

II - COBERTURA INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Invalidez Permanente e Total por Acidente consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez, ao Segurado na hipótese 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.

1.2. 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) Nefrectomia bilateral.

1.3. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade.

1.3.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá formalmente ao Segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.

1.3.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados.

1.3.2.1. Havendo divergência sobre a escolha do Médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

1.3.3. Cada uma das partes pagará os honorários do Médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

1.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

1.5. 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.

1.6. A perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não caracteriza Invalidez Permanente Total por Acidente.

1.7. Os danos estéticos não dão direito ao recebimento do capital segurado por Invalidez Permanente Total Por Acidente.

1.8. 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 na CLÁUSULA 8 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

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

3.1. Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados CLÁUSULA 16 – PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais do seguro:

- a. cópia do laudo de exame de corpo delito (IML);
- b. boletim de ocorrência policial e peças do inquérito policial;
- c. laudo de perícia técnica, se houver;
- d. carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
- e. 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;
- f. relatório médico preenchido e assinado com firma reconhecida com o grau de invalidez;
- g. resultados dos exames indicativos da lesão;
- h. boletim do hospital que prestou o primeiro atendimento;
- i. cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- j. 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;
- k. quaisquer outros documentos que forem necessários

III - COBERTURA DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

- 1.1** A cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHOA) 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 por Acidente 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.
- 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 na CLÁUSULA 8 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- 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

3.1. Para o Aviso de Sinistro, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados CLÁUSULA 16 – PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais do seguro:

- I. Carteira Nacional de Habilitação (CNH) ativa;
- II. Laudo médico;
- III. Atestado médico;
- IV. Receituário médico;
- V. Notas fiscais com despesas médicas, hospitalares e odontológicas, inclusive medicamentos receitados;
- VI. Boletim de ocorrência policial.

IV - COBERTURA MORTE ACIDENTAL POR CRIME

1. OBJETIVO

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

1.2. Para fins dessa cobertura, define-se como crime os seguintes eventos definidos no Código Penal, desde que resultem diretamente na morte do Segurado, quais sejam: Homicídio (art. 121,

caput e §§ 1º a 3º do CP); Femicídio (art. 121-A); Vicaricídio (art. 121-B); Induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio (art. 122 do CP); Lesão corporal seguida de morte (art. 129, §3º do CP); Maus-tratos com resultado morte (art. 136, §2º do CP); Latrocínio – roubo seguido de morte (art. 157, §3º, II do CP); Extorsão qualificada pela morte (art. 158, § 2º do CP); Extorsão mediante sequestro qualificada pela morte (art. 159, § 3º do CP)..

1.3. As indenizações por Morte Acidental por Crime (MAC) e Invalidez Permanente Total por Acidente decorrente de Crime (IPTC) não se acumulam. Se depois de paga uma Indenização por Invalidez Permanente (IPTC) verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo Acidente em decorrência do mesmo Crime, a Seguradora pagará a Indenização devida para a Cobertura Morte Acidental, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente (IPTC).

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além de todos os riscos e eventos mencionados na CLÁUSULA 8 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- 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

3.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados na CLÁUSULA 16 – PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais do seguro:

- a. certidão de óbito do segurado;
- b. boletim de ocorrência policial e peças do inquérito policial;
- c. Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML);
- d. Laudo da perícia técnica, se houver;
- e. Declaração de únicos herdeiros, com reconhecimento de firma dos declarantes;

- f. Quaisquer outros documentos que forem necessários.

V - COBERTURA INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE CRIME

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Invalidez Permanente e Total por Acidente Decorrente de Crime consiste no pagamento do capital segurado ao Segurado, 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.

1.2. 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.

1.3. A invalidez permanente e total por acidente decorrente de crime deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade.

- 1.3.1.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá formalmente ao Segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.
- 1.3.2.** A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados.
- 1.3.3.** Havendo divergência sobre a escolha do Médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.
- 1.3.4.** Cada uma das partes pagará os honorários do Médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 1.4.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.
- 1.5.** 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.
- 1.6.** A perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não caracteriza Invalidez Permanente Total por Acidente.
- 1.7.** Os danos estéticos não dão direito ao recebimento do capital segurado por Invalidez Permanente Total Por Acidente.
- 1.8.** 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 na CLÁUSULA 8 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- 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

3.1. Para o Aviso de Sinistro, o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados na CLÁUSULA 16 – PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais do seguro:

- a. cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- b. boletim de ocorrência policial e peças do inquérito policial;
- c. Laudo de perícia técnica, se houver;
- d. carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
- e. 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;
- f. relatório médico preenchido e assinado com firma reconhecida;

- g. resultados dos exames indicativos da lesão;
- h. boletim do hospital que prestou o primeiro atendimento;
- i. quaisquer outros documentos que forem necessários.

VI - COBERTURA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente consiste no pagamento de uma indenização ao Segurado, limitada ao capital segurado 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.

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

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

1.4. 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.

1.5. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá formalmente ao Segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.

1.5.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados.

1.5.1.2. Havendo divergência sobre a escolha do Médico desempataador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

1.5.2. Cada uma das partes pagará os honorários do Médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

1.6. 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 DEINVALIDEZ 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	-----	

1.6.1. 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.

1.6.2. 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.

1.6.3. 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.

1.6.4. 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).

1.6.5. 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.

1.6.6. 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.

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além de todos os riscos e eventos mencionados na CLÁUSULA 8 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

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) 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

3.1. Para o Aviso de Sinistro, o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados na CLÁUSULA 16 – PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais do seguro:

- a. boletim de ocorrência policial e peças do inquérito policial;
- b. cópia do laudo de exame de corpo delito (IML);
- c. Laudo de perícia técnica, se houver;
- d. Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
- e. 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;
- f. Relatório médico preenchido e assinado com firma reconhecida com o grau de invalidez;
- g. Resultados dos exames indicativos da lesão;
- h. Boletim do hospital que prestou o primeiro atendimento;
- i. 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.
- j. quaisquer outros documentos que forem necessários.

VII - COBERTURA DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA)

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente garante o pagamento de diárias por incapacidade temporária pelo período em que o segurado se encontrar sob tratamento médico decorrente exclusivamente de acidente pessoal, que o impossibilite, de forma contínua, involuntária e ininterrupta, a exercer sua profissão ou ocupação, observado o período de franquia e respeitado o Capital Segurado.

1.1.1. O limite máximo de diárias, o valor máximo por diária e o Capital Segurado serão estabelecidos no Bilhete de Seguro.

1.1.2. A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e a forma de pagamento, única ou periódica, será estabelecida no Bilhete de Seguro.

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

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

1.1.5. 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.

1.1.6. 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 na CLÁUSULA 8 – 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) lesões que não requerem atenção médica;
- e) internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);
- f) cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- g) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- h) eventos causados exclusivamente pela não utilização pelo segurado de equipamentos de segurança exigidos por lei.
- i) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- j) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- k) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- l) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;

m) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;

n) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos e suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e

o) 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 Segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados na CLÁUSULA 16 – PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO das condições gerais do seguro:

- a. Carteira Nacional de Habilitação (CNH) ativa;
- b. Laudo médico;

- c. Atestado médico;
- d. Receituário médico;
- e. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
- f. Relatório do médico assistente, acompanhado dos exames (laboratoriais, radiológicos) realizados para a confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia e, cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar, que comprovem o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, incluindo a assinatura do médico responsável com o seu respectivo CRM;
- g. 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, quando aplicável;
- h. Comprovante do número de dias em que o segurado ficou afastado de sua principal ocupação profissional, quando aplicável.

6.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá formalmente ao Segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.

6.2.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados.

6.2.1.1. Havendo divergência sobre a escolha do Médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

6.2.2. Cada uma das partes pagará os honorários do Médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

VIII - COBERTURA AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Auxílio Funeral por Acidente consiste no reembolso ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) 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

2.1. 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

3.1. Além de todos os riscos e eventos mencionados na CLÁUSULA 8 – 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.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados na CLÁUSULA 16 – PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais do seguro:

- a. certidão de óbito do segurado;

- b. 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;
- c. Documento de identificação (RG) e CPF do responsável pelo pagamento das despesas;
- d. cópia da Declaração Médica por Doença assinada pelo médico assistente;
- e. relatório médico devidamente preenchido pelo médico assistente;
- f. cópia do prontuário médico-hospitalar;
- g. cópia dos exames médicos;
- h. cópia dos laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
- i. cópia da Declaração Médica por Doença assinada pelo médico assistente;
- j. boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- k. carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
- l. laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML;
- m. laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- n. declaração de únicos herdeiros, com reconhecimento de firma dos declarantes;
- o. Quaisquer outros documentos que forem necessários.