

SEGURO ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO - MODULAR

ITAÚ SEGUROS S.A.

PROCESSO SUSEP 005-00194/00

## Conteúdo

I. CONDIÇÕES GERAIS.....	4
1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES .....	4
2. APRESENTAÇÃO .....	4
3. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO .....	4
4. GLOSSÁRIO.....	5
5. OBJETIVO DO SEGURO .....	9
6. COBERTURAS.....	9
7. RISCOS COBERTOS.....	11
8. RISCOS EXCLUÍDOS: .....	11
9. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	13
10. DOCUMENTOS DO SEGURO .....	14
11. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	14
12. CONTRATAÇÃO .....	15
13. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	15
14. VIGÊNCIA .....	16
15. RENOVAÇÃO .....	16
16. CAPITAL SEGURADO.....	17
17. ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO .....	17
18. PAGAMENTO DE PRÊMIO .....	18
19. CANCELAMENTO DO SEGURO .....	20
20. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO .....	21
21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO .....	22
22. JUNTA MÉDICA.....	23
23. PERÍCIA DA SEGURADORA .....	23
24. PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS .....	24
25. PERDA DE DIREITOS .....	24
26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE .....	25
27. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA .....	26
28. ALTERAÇÃO DA APÓLICE .....	27
29. COMUNICAÇÕES.....	28
30. PRESCRIÇÃO.....	28
31. OUVIDORIA .....	28
32. SOLUÇÃO DE CONFLITOS .....	29
33. FORO .....	30
CONDIÇÕES ESPECIAIS.....	31
1.. COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL.....	31
2. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE .....	33
3. COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE.....	37
4. COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE .....	40
5. COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE.....	42
6. COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DIFERENCIADA .....	44
7. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DIFERENCIADA.....	46
8. COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM EVENTO PRAZO CURTO.....	51
9. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM EVENTO PRAZO CURTO ..	52
10. COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE EM EVENTO PRAZO CURTO .....	56
11. COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE ROUBO .....	59

---

12.	COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE ROUBO	61
13.	COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE DECORRENTE DE ROUBO .....	65
14.	COBERTURA DE AUXÍLIO-FUNERAL.....	67
15.	COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM LOCAL DE TRABALHO .....	68
16.	COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM LOCAL DE TRABALHO	70
17.	COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE EM LOCAL DE TRABALHO .....	74
18.	COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE EM LOCAL DE TRABALHO.....	76
19.	COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM RESIDÊNCIA .....	79
20.	COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM RESIDÊNCIA .....	81
21.	COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE EM RESIDÊNCIA .....	85
22.	COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE EM RESIDÊNCIA ..	87
23.	CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE .....	90
24.	CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE FILHOS.....	92
25.	COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME .....	94
26.	COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME .....	96
27.	COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPILATAR POR ACIDENTE EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME ..	98

---

## **I. CONDIÇÕES GERAIS**

### **1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES**

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

1.2. O registro deste seguro na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

1.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

### **2. APRESENTAÇÃO**

2.1. Apresentamos a seguir as Condições Gerais do Seguro Modular de Acidentes Pessoais Coletivo, que estabelecem as normas de funcionamento das coberturas contratadas.

2.2. Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, contratadas e discriminadas na apólice de seguro, desprezando-se quaisquer outras.

2.3. Mediante a contratação do seguro, o segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais e das Condições Especiais.

2.4. Para os casos não previstos nestas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

### **3. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO**

3.1. Este contrato de seguro é subdividido em três partes denominadas Condições Gerais, Condições Especiais e Contrato que, em conjunto, recebem o nome de Condições Contratuais.

3.2. Condições Gerais é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo as obrigações e direitos da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

3.3. Denominamos Condições Especiais o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

3.4. Contrato : conjunto de cláusulas, que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais deste seguro, modificando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.

## 4. GLOSSÁRIO

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

**ACEITAÇÃO:** Ato de aprovação, pela seguradora, da proposta a ela submetida para a contratação do seguro.

**ACIDENTE PESSOAL:** é 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 desse conceito:**

**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 lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**

**b.3) 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.**

**APÓLICE:** é o documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

**AVISO DE SINISTRO:** É a comunicação específica de um sinistro, que o segurado ou o beneficiário é obrigado a fazer à seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do sinistro.

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

**BOA FÉ:** É o princípio básico de qualquer contrato, pois é indispensável que haja confiança mútua entre todas as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de **seguro**.

**CAPITAL SEGURADO:** é o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, no caso de ocorrência de 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 os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

**CERTIFICADO:** documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

**COBERTURA:** É a designação genérica utilizada para indicar as obrigações que a seguradora assume para com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, desde que constantes no certificado individual.

**CONDIÇÃO PREEXISTENTE:** é a condição de conhecimento do segurado, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares ou por exames diagnósticos comprobatórios, e não declarada na proposta de adesão.

**CORRETOR:** É a pessoa física ou jurídica legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. O corretor de seguros responderá civilmente perante os segurados e as seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão. O corretor é o responsável por dar ciência à estipulante/segurado de qualquer informação relativa ao seguro e/ ou comunicação efetuada pela seguradora.

**CRIME:** Para efeito deste seguro, é a violação à lei penal que cause dano corporal a pessoa segurada, em consonância com o conceito de acidente pessoal e de obrigatória comunicação à autoridade policial.

**DECLARAÇÃO MÉDICA:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente do segurado ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

**DEPENDENTES:** São o cônjuge ou companheiro (a), os filhos, os enteados, desde que sejam menores e considerados dependentes do segurado, de acordo com a legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, quando incluídos no seguro e desde que não estejam relacionados como segurados.

**DOENÇA PREEEXISTENTE:** É a doença de conhecimento do segurado, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares ou por exames diagnósticos comprobatórios, e não declarada na proposta de adesão.

**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.

**ENDOSSO:** É o documento através do qual se formaliza qualquer eventual alteração no certificado individual.

**ESTIPULANTE:** é a pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguro de plano coletivo, ficando investida dos poderes de representação dos segurados, nos termos da legislação e da regulamentação em vigor.

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

**EVENTO PRAZO CURTO:** é o evento realizado pelo estipulante, por prazo curto e determinado, com local definido e para o qual a cobertura do seguro é contratada.

**FRANQUIA:** é o período mínimo, ininterrupto, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. **A franquia é deduzida por evento.**

**FRANQUIA DEDUTÍVEL:** é o valor ou percentual que representa a participação obrigatória do segurado nas indenizações em cada sinistro.

**GRUPO SEGURADO:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

**GRUPO SEGURÁVEL:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

**HOSPITAL:** é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, 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, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela 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 propostas serão garantidas pela seguradora.

**INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** É a situação pela qual passam os USUÁRIOS que por sua gravidade ou complexidade exija tratamento clínico ou cirúrgico em dependências hospitalares.

**IPCA:** Índice de Preços ao Consumidor Amplo, publicado pelo IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

**INPC:** Índice Nacional de Preços ao Consumidor, publicado pelo IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

**MÉDICO:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que esteja assistindo o segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. **Não serão aceitos como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

**MEIOS REMOTOS:** São aqueles que permitem a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

**PERÍODO DE COBERTURA:** é período durante o qual o segurado ou seus beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

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

**PROPONENTE:** É a pessoa física interessada em aderir ao contrato coletivo, que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de segurado somente após a sua aceitação pela seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

**PROPOSTA DE ADESÃO:** é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento destas condições gerais.

**PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO:** é o documento mediante o qual o estipulante expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as coberturas e capitais segurados propostos e manifestando pleno conhecimento e concordância com os termos estabelecidos nestas condições gerais.

**RISCO COBERTO:** É o risco amparado pelo certificado individual em vigor e em consonância com todas as suas cláusulas.

**RISCOS EXCLUÍDOS:** São os riscos que não estão cobertos pelo certificado individual em vigor, conforme previsto nas Condições Contratuais.

**ROUBO**: é a subtração de coisa móvel alheia, mediante grave ameaça, ou qualquer outro meio que anule a capacidade de resistência do segurado.

**SEGURADO**: é a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

**SEGURO CONTRIBUTÁRIO**: seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do segurado.

**SEGURO NÃO-CONTRIBUTÁRIO**: seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do estipulante.

**SEGURADORA**: Empresa legalmente constituída para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos contratos de seguro.

**SINISTRO**: é a ocorrência de acontecimento previsto pelo contrato de seguro, de natureza súbita, involuntária e imprevista.

**VIGÊNCIA**: é o período de tempo fixado para validade do seguro.

## 5. OBJETIVO DO SEGURO

5.1 Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ou reembolso ao próprio segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos**, desde que respeitadas as condições contratuais.

## 6. COBERTURAS

6.1. Este seguro oferece um total de 26 (vinte e seis) coberturas:

6.1.1. Morte Acidental – MA

6.1.2.. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA

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

6.1.4. Diária por Internação Hospitalar por Acidente – DIHA

6.1.5. Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – DITA

6.1.6. Morte Acidental Diferenciada – MAD

6.1.7. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Diferenciada – IPAD

6.1.8. Morte Acidental em Evento Prazo Curto – MAEPC

6.1.9. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto – IPAEPC

6.1.10. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente em Evento Prazo Curto – DMHOAEPC

6.1.11. Morte Acidental decorrente de Roubo – MAR

- 6.1.12. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de Roubo – IPAR
- 6.1.13. Diária por Internação Hospitalar por Acidente decorrente de Roubo – DIHAR
- 6.1.14. Auxílio-Funeral – AF
- 6.1.15. Morte Acidental em Local de Trabalho – MALT
- 6.1.16. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Local de Trabalho – IPALT
- 6.1.17. Diária por Internação Hospitalar por Acidente em Local de Trabalho – DIHALT
- 6.1.18. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente em Local de Trabalho – DMHOALT
- 6.1.19. Morte Acidental em Residência – MARES
- 6.1.20. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Residência – IPARES
- 6.1.21. Diária por Internação Hospitalar por Acidente em Residência – DIHARES
- 6.1.22. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológica por Acidente em Residência – DMHOARES
- 6.1.23. Morte Acidental em Conseqüência de Crime – MAC
- 6.1.24. Invalidez Permanente Total por Acidente em Conseqüência de Crime - IPTAC
- 6.1.25. Diária por Internação Hospitalar por Acidente em Conseqüência de Crime - DHAC

## 6.2. Cláusulas Suplementares:

- a) Inclusão Facultativa de Cônjuges – IFC
- b) Inclusão Facultativa de Filhos – IFF

## 6.3. Condições para contratação das coberturas:

- a) As coberturas são livremente escolhidas pelo estipulante, observados os limites estabelecidos para a contratação;
- b) Deverá ser contratada, obrigatoriamente, pelo menos uma das seguintes coberturas: MA, IPA, MAD, IPAD, MAEPC, IPAEP, MAR, IPAR, MALT, IPALT, MAC, IPTAC, MARES ou IPARES;
- c) A cobertura Auxílio Funeral somente poderá ser contratada se for contratada a cobertura MA e/ou MAEPC e/ou MAR e/ou MAD e/ou MARES e/ou MALT e/ou MAC;
- d) Em nenhuma hipótese as **cláusulas suplementares** poderão ser contratadas isoladamente;
- e) As coberturas, quaisquer que sejam, serão concedidas para todo o grupo segurado, de acordo com o plano de seguro contratado;

As coberturas e os planos escolhidos pelo estipulante serão definidos nas Condições Contratuais da apólice.

## **7. RISCOS COBERTOS**

7.1. Este seguro oferece cobertura para os riscos definidos como cobertos nas Condições Gerais e/ou Especiais.

## **8. RISCOS EXCLUÍDOS:**

**8.1. Além dos riscos excluídos especificamente descritos em cada cobertura nas Condições Especiais, este seguro não cobre os eventos ocorridos em consequência de:**

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) condição preexistente de conhecimento do segurado e não declarada na Proposta, que contribua direta ou indiretamente na caracterização de um evento previsto nestas Condições Gerais;**
- d) suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso;**
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;**
- f) Epidemias e pandemias declaradas pelo órgão competente, gripe aviária,**
- g) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, do(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, 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;**
- h) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- i) Procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;**

- j) Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Tendinite, Sinovite, Tenossinovite, Artrite, Dormio Facial, Cerviobraquialgia e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados a Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT);**
- k) Não obstante o que em contrário possam dispor as Condições Gerais do presente seguro, fica entendido e concordado que, para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.**
- l) acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- m) acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência;**
- n) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;**
- o) eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 4 destas Condições Gerais;**
- p) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- q) perda de dentes e danos estéticos.**
- r) Viagens, como passageiro ou tripulante, em aeronaves ou embarcações que não possuam, em vigor, autorização das autoridades competentes para voar ou navegar;**
- s) Doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível.**

## 9. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

COBERTURAS	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA
Morte Acidental – MA Morte Acidental Diferenciada – MAD Morte Acidental decorrente de Roubo – MAR Morte Acidental em Consequência de Crime – MAC	A cobertura é válida em todo o globo terrestre.
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Diferenciada – IPAD Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – DITA Invalidez Permanente Total em Consequência de Crime - IPTAC	A cobertura é válida somente para o diagnóstico da invalidez e da incapacidade em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.
Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente – DMHOA Auxílio-Funeral – AF	A cobertura é válida somente para as despesas em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.
Diária por Internação Hospitalar por Acidente – DIHA Diária por Internação Hospitalar por Acidente em Consequência de Crime - DHAC	A cobertura é válida somente para a internação em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.
Morte Acidental em Evento Prazo Curto – MAEPC Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto – IPAEP Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente em Evento Prazo Curto – DMHOAEP	A cobertura é válida somente se o acidente causador do evento coberto ocorrer dentro do local do Evento Prazo Curto, e o local do Evento Prazo Curto for em território brasileiro.
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de Roubo – IPAR Diária por Internação Hospitalar por Acidente decorrente de Roubo – DIHAR	As coberturas são válidas para o diagnóstico da invalidez ou a internação hospitalar, respectivamente, em território brasileiro, porém o roubo ou tentativa de roubo causador do evento coberto poderá ocorrer em todo o globo terrestre.
Morte Acidental em Local de Trabalho – MALT Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Local de Trabalho – IPALT	A cobertura é válida somente se o acidente causador do evento coberto ocorrer dentro do local de trabalho, e o local for em território brasileiro.

<p>Diária por Internação Hospitalar por Acidente em Local de Trabalho – DIHALT</p> <p>Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente em Local de Trabalho – DMHOALT</p>	
<p>Morte Acidental em Residência – MARES</p> <p>Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Residência – IPARES</p> <p>Diária por Internação Hospitalar por Acidente em Residência – DIHARES</p> <p>Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente em Residência – DMHOARES</p>	<p>A cobertura é válida somente se o acidente causador do evento coberto ocorrer dentro da Residência do Segurado, e a Residência for em território brasileiro.</p>

## 10. DOCUMENTOS DO SEGURO

10.1. São documentos do presente seguro a apólice, a proposta de contratação, a proposta de adesão e o certificado individual.

10.2. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, observando-se que qualquer modificação que implique ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

10.3. A seguradora deverá fornecer, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta de adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

10.4. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nesta cláusula, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nas Condições Contratuais.

## 11. CARÊNCIA E FRANQUIA

11.1. CARÊNCIA: Não haverá carência para nenhuma cobertura deste seguro, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão ao seguro, ou da sua recondução depois de suspenso.

11.2. FRANQUIA: Se houver período de franquia para uma cobertura contratada, esta será definida nas Condições Especiais.

11.3. FRANQUIA DEDUTÍVEL: Se houver franquia dedutível para uma cobertura contratada, esta será definida nas Condições Especiais.

11.4. Não será estabelecida franquia nem franquia dedutível para as coberturas de morte e invalidez permanente.

## 12. CONTRATAÇÃO

12.1. A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo estipulante na proposta de contratação. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

12.2. Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na Proposta de Contratação, o estipulante deverá solicitar à seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão da mesma, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto na apólice.

12.3. O preço e as condições deste seguro são estabelecidos com base em premissas atuariais que levam em conta a idade de ingresso do segurado de 14 até 70 anos.

12.4. Para que o proponente seja elegível à contratação do seguro deverá estar em plena atividade de suas funções e perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

12.5. No ato da contratação será obrigatório o preenchimento e a assinatura, pelo proponente, da Proposta de Adesão ao seguro, que será encaminhada à seguradora para análise de sua aceitação.

12.6. As Condições Gerais do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva Proposta de Adesão, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das Condições Gerais.

## 13. ACEITAÇÃO DO SEGURO

13.1. A seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias corridos para aceitar ou recusar o risco, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, seja para seguros novos ou para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos ou ainda para as renovações. Caberá à Seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta de Adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

**13.2. Caso a seguradora solicite documentos complementares para análise do risco, o que poderá ser feito apenas uma vez, este prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil após a data em que se der a entrega desses documentos.**

13.3. A ausência de comunicação da seguradora, por escrito, no prazo previsto no item 13.1, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

13.4. Caso o seguro venha a ser recusado, dentro do prazo estipulado, a seguradora enviará uma correspondência ao segurado ou ao seu corretor, especificando e justificando os motivos da recusa. Na hipótese em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos sujeitam-se a atualização monetária pela variação positiva do Índice de Preço ao Consumidor Ampliado (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir da formalização da recusa até a data efetiva da

restituição pela seguradora, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa, período este que prevaleceu a cobertura..

13.5. A aceitação do risco implicará na emissão, pela seguradora, do Certificado do Seguro, o qual será entregue ao segurado contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada cobertura contratada e o prêmio total.

13.6. O preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão pelo segurado, caracteriza a ciência, aceitação, concordância e conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais deste seguro.

13.7. Caso o proponente desista da contratação após a aceitação da proposta de adesão, ele terá até 30 (trinta) dias corridos, contados da data da emissão do seguro, para solicitar, por escrito, o cancelamento e a devolução do valor referente à(s) parcela(s) do(s) prêmio(s) pago(s).

## 14. VIGÊNCIA

14.1. O início e o término de vigência da apólice será às 24 (vinte e quatro) horas das datas expressamente acordadas entre as partes e indicadas na apólice.

14.2. O início da vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data da aceitação da Proposta de Adesão, quando não houver pagamento de prêmio. No caso de haver o pagamento de prêmio, o início da vigência será às 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento do prêmio.

14.3. O término de vigência do risco individual ocorrerá às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim indicada no Certificado do Seguro.

**14.4. Especificamente para as coberturas de Morte Acidental em Evento Prazo Curto, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto e Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente em Evento Prazo Curto, Morte Acidental em Local Definido, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Local Definido, Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente em Local Definido e Diária por Internação Hospitalar por Acidente em Local Definido, se contratadas, o início e o término da vigência da apólice e do risco individual será indicado no certificado individual .**

## 15. RENOVAÇÃO

15.1. A apólice é emitida pelo prazo determinado nas Condições e poderá ser renovada automaticamente, por igual período, uma única vez, **caso não haja expressa desistência do estipulante ou da seguradora até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência.** As renovações posteriores ocorrerão somente mediante expressa solicitação do estipulante e desde que não implique em ônus ou dever para os segurados, ou redução de seus direitos.

15.2. No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, a cobertura de cada segurado cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.

15.3. Na renovação da apólice será emitido pela seguradora o Certificado do Seguro, contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada cobertura contratada e o prêmio total.

15.4. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do grupo segurado.

15.5. Anualmente será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e a modificação da apólice na data da renovação dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo.

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

## **16. CAPITAL SEGURADO**

16.1. O capital segurado contratado para cada cobertura constará no Certificado Individual e é o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, no caso de na ocorrência de sinistro coberto, vigente na data do evento, e será expresso em moeda corrente nacional.

16.2. Para todas as coberturas deste seguro, o pagamento da indenização será realizado sob a forma de pagamento único.

## **17. ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO**

17.1. Os valores de capitais segurados e prêmios, mencionados nas condições contratuais e referentes às coberturas contratadas pelo segurado, serão atualizados anualmente, na renovação do Certificado do Seguro, com base na variação acumulada do índice IPCA/IBGE até o mês anterior a renovação.

17.2. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

17.3. Na hipótese de extinção do índice de atualização de valores, a seguradora adotará o INPC/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor).

## 18. PAGAMENTO DE PRÊMIO

18.1. O prêmio do seguro poderá ser pago à vista ou em parcelas durante o período de vigência da apólice e as formas de custeio e cobrança serão estabelecidas no ato da contratação e determinadas nas Condições Contratuais da apólice.

18.2. O prêmio do seguro poderá ser parcelado utilizando o cálculo na base “pro-rata-temporis” ou utilizando a tabela de prazo curto especificada a seguir:

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

18.2.2. Para percentuais não previstos na tabela de prazo curto, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

18.3. Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio, ou de qualquer uma de suas parcelas, corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil após tal data, em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas.

18.4 Os prêmios devidos podem ser pagos até o 60º (sexagésimo) dia posterior ao vencimento da parcela em atraso, caso não haja determinação de outro prazo no contrato .

18.5. Os sinistros ocorridos dentro dos 60 dias de inadimplência serão cobertos e os prêmios devidos serão abatidos da indenização paga ao segurado e beneficiários.

18.6 Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas da cobrança de juros moratórios de 0,5% (zero vírgula cinco por cento) ao mês, dentro do novo prazo de vigência, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

18.7 Findo o novo prazo de vigência, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, ou no caso de fracionamento em que a aplicação da Tabela de Prazo Curto não resulte em alteração do prazo de vigência da cobertura, se operará o cancelamento da apólice.

18.8 Na hipótese de sinistro durante o período em que o segurado esteve em mora, porém beneficiado pelo prazo de vigência concedido conforme a Tabela de Prazo Curto, sendo o sinistro indenizável serão descontadas as parcelas pendentes.

18.9. Decorrido o prazo definido acima, e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reativada. Havendo interesse do segurado, deverá ser contratado um novo seguro, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento.

18.10. No caso de fracionamento de prêmio, será garantida ao segurado a possibilidade de antecipar o pagamento do prêmio fracionado total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros pactuados.

18.11. Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

18.12 A data de vencimento da última parcela não pode ultrapassar o término de vigência da apólice.

18.13 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.

18.14 Fica vedado o cancelamento do contrato de seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, no caso em que o segurado deixar de pagar o financiamento.

18.15 No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos a atualização monetária<sup>0</sup>, a partir da data de recebimento, até a data da devolução, com base na variação positiva do índice IPCA / IBGE

18.16. O segurado e o estipulante obrigam-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado.

18.17. De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado ou ao estipulante, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do seguro ou da sua recondução depois de suspenso, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.

## 19. CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. A apólice poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante acordo entre a seguradora e o estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago, e com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

19.1.1 Neste caso a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “pro-rata-temporis”.

19.1.2. Neste caso, o prêmio a ser devolvido será corrigido pelo índice IPCA/IBGE, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa do segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.

19.2. A cobertura de qualquer certificado termina:

- a) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;
- b) Em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Contratuais;
- c) Quando o segurado, mediante solicitação por escrito à Seguradora, requerer o cancelamento do seguro, considerando que:

I – para seguros com pagamento de prêmio parcelado, haverá devolução da parcela paga, quando solicitado em até 30 (trinta) dias corridos da emissão da apólice. Após esta data, o segurado deverá solicitar o cancelamento até 30 (trinta) dias antes da próxima data de vencimento, para suspender as próximas cobranças;

II – para seguros com pagamento de prêmio integral à vista, haverá devolução do prêmio pago quando solicitado em até 30 (trinta) dias corridos da emissão da apólice. Após essa data, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “pro-rata-temporis”, e o prêmio a ser devolvido será corrigido pelo índice IPCA a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento;

- d) Pelo pagamento da indenização por Morte;
- e) Pelo pagamento da indenização por Invalidez Permanente Total;
- f) Com a cessação do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago;

## 20. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

20.1. Ocorrendo um evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo estipulante, segurado, beneficiário ou seu representante, conforme especificado nas Condições Contratuais.

20.2. Para agilizar o atendimento e resguardar o cumprimento das obrigações do presente contrato de seguro, recomendamos ao segurado e beneficiários a observação da relação mínima de documentos a serem entregues para a seguradora em caso de sinistro:

### a) Do segurado:

- RG
- CPF
- Certidão de Nascimento ou Casamento
- Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela seguradora, o qual deverá ser preenchido pelo segurado ou seu beneficiário e o médico assistente do segurado.
- Comprovante de residência

### b) Do(s) beneficiário(s):

- **Pais:** RG, CPF, comprovante de residência e Formulário de autorização de crédito em conta-corrente fornecido pela Seguradora;
- **Cônjuge:** Certidão de Casamento, RG, CPF, comprovante de residência e Formulário de autorização de crédito em conta-corrente fornecido pela Seguradora;
- **Companheira(o):** RG, CPF, comprovante de residência e comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS; Certidão de Nascimento ou Casamento de ambos (segurado e beneficiário com averbação de separação judicial; Comprovante de residência; Declaração de Companheiro e de Herdeiros (formulário fornecido pela Seguradora); Formulário de autorização de crédito em conta corrente fornecido pela Seguradora;
- **Filhos:** Certidão de Nascimento, RG e comprovante de residência, e Formulário de autorização de crédito em conta corrente fornecido pela Seguradora. Sendo que:

I - 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;

II - 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. Deverão ser apresentados os documentos: CPF e RG do representante legal; Comprovante de residência; Documento judicial conferindo o status de Tutor ou Curador do menor, quando este for diferente do pai ou mãe sobrevivente.

**Deverá ser entregue ainda a documentação por tipo de ocorrência, constante das Condições Especiais das coberturas contratadas.**

## **21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO**

**21.1. Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, salvo aquelas realizadas diretamente pela sociedade seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias do sinistro. As providências que a sociedade seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.**

21.2. Todos os pagamentos de indenizações referentes a esse seguro serão efetuados no Brasil e em moeda corrente nacional.

21.3. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como **data do evento**, quando da liquidação dos sinistros:

### **I. para as coberturas decorrentes de acidente, a data do acidente.**

21.4. O prazo para o pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos nestas condições gerais. No caso de solicitação de documentos e/ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável, este prazo será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

21.5. Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização estará sujeito a aplicação de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.

21.6. Os valores das indenizações de sinistros ficam sujeitos a atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, a partir da data de ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.

21.7. No caso de segurados menores de idade, a indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial será paga conforme a seguir:

a) para segurados com idade inferior a 16 (dezesseis) anos - a indenização será paga em nome do segurado, devidamente representado em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o segurado será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;

b) para segurados com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos, a indenização será paga em nome do segurado, devidamente assistido em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o segurado será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

21.8. As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total verificar-se a morte do segurado e em consequência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Morte, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente Total.

## **22. JUNTA MÉDICA**

22.1. Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, será proposta pela seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de três membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

22.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

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

## **23. PERÍCIA DA SEGURADORA**

23.1. O segurado, ao propor sua adesão ao seguro e assinar a Declaração de Saúde e Atividade, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial

e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

**23.2. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis**

**23.3. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.**

23.4. Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

## **24. PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS**

24.1. 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.

24.2. As atualizações serão efetuadas com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

24.3. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora definirá índice substituto dentre os possíveis.

24.4. Em caso de alteração dos critérios de atualização monetária estabelecidos pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) em função de legislação superveniente, fica acordado que as condições previstas neste item serão imediatamente enquadradas às novas disposições.

## **25. PERDA DE DIREITOS**

**25.1. O segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando:**

- a) deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;
- 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 aos seus representante legal procurar obter benefícios do presente contrato;

d) **fizer declarações inexatas, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta 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:**

**I – na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível.**

**II – na hipótese de ocorrência de sinistro, sem indenização integral: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, ou permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.**

**III - na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível;**

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

**25.2. O segurado é obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.**

**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.**

**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.**

## **26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE**

### **26.1. São obrigações do estipulante:**

- a) **fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;**
- b) **manter a seguradora informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;**
- c) **fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;**
- d) **discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;**

- e) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar o nome da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- h) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

## **26.2. É expressamente vedado ao estipulante e ao subestipulante, nos seguros contributários:**

- a) cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;
- b) rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- d) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de cobertura direta a estes produtos.

## **27. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA**

27.1. Beneficiários em caso de Morte Acidental, Morte Acidental Diferenciada, Morte Acidental em Evento Prazo Curto, Morte Acidental decorrente de Roubo, Morte Acidental em Local de Trabalho, Morte Acidental em Residência, Morte Acidental em Consequência de Crime :

- a) A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito e que deverá ser mantida em poder da Seguradora.
- b) Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um.

- c) Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o capital segurado ao antigo beneficiário designado.
- d) Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.
- e) Em caso de contratação das coberturas suplementares de Inclusão Automática de Cônjuge, o beneficiário será sempre o segurado principal.
- f) **A falta de indicação expressa de beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei:**
  - f1.) Para segurado casado ou em união estável, 50% ao cônjuge ou companheiro(a) devidamente reconhecido(a) na forma da lei, se houver, e 50% aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária;
  - f2.) Na falta dos herdeiros legais, será pago 100% da indenização ao cônjuge ou companheiro(a) devidamente reconhecido(a) na forma da lei;
  - f3.) Na falta do cônjuge ou companheiro(a), devidamente reconhecido(a) na forma da lei, será pago 100% da indenização aos herdeiros legais do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária;
  - f4.) Na falta de cônjuge, companheiro(a) devidamente reconhecido(a) na forma da lei, e de herdeiros legais, respeitada a ordem de vocação hereditária, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- g) Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

#### 27.2. Beneficiários para as demais coberturas decorrentes de acidente

- a) **Nestas coberturas, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com o item 27.1 desta cláusula beneficiária.**

## **28. ALTERAÇÃO DA APÓLICE**

- 28.1. Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo estipulante, ou por corretor de seguros habilitado, e receber concordância de ambas as partes contratantes.**

**28.2. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.**

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

## **29. COMUNICAÇÕES**

29.1. As comunicações do Segurado ou estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da seguradora, por meios remotos ou via Central de Atendimento. As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas por meios remotos ou enviadas ao endereço de correspondência que figure no certificado individual e via central de atendimento.

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

## **30. PRESCRIÇÃO**

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

## **31. OUVIDORIA**

A Seguradora dispõe de um canal interno de comunicação direta, denominada OUVIDORIA, destinado à prevenção e solução de conflitos. Poderão recorrer à Ouvidoria todos os clientes e beneficiários não satisfeitos com as soluções dos demais canais. A Ouvidoria Itaú Unibanco funciona, também, como um meio

para informar e esclarecer o cliente sobre seus direitos e obrigações de acordo com as Condições Contratuais e normas atinentes à matéria.

As reclamações/pedidos à Ouvidoria podem ser efetuadas por diversos canais:

Por telefone: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h.

Pela internet no [www.itaubanco.com.br/atendimento](http://www.itaubanco.com.br/atendimento)

Por escrito, contendo no mínimo: o nome do segurado; CPF/CNPJ, ramo do seguro e/ou nome do produto; número da apólice; número do sinistro (se houver); telefone e e-mail para contato. Neste caso, deverão ser endereçadas à:

Itaú Seguros  
Ouvidoria Itaú Unibanco  
Caixa Postal 67.600  
São Paulo – SP  
CEP: 03162-971

## 32. SOLUÇÃO DE CONFLITOS

**COMO SOLUCIONAR CONFLITOS DESTE CONTRATO – CANAIS INTERNOS** – Caso você tenha alguma reclamação, a Seguradora coloca à sua disposição diversos canais internos para atendê-lo da forma mais rápida e adequada possível:

Central de Atendimento ao Cliente: 0800 724 2102. SAC (Reclamações, cancelamentos e informações públicas): 0800 724 2101. SAC exclusivo para deficientes auditivos ou de fala: 0800 723 2105, Fale Conosco no site [www.itaubanco.com.br](http://www.itaubanco.com.br). Os clientes, ou seus beneficiários no caso de produtos de seguros, não satisfeitos com as soluções desses canais poderão recorrer à Ouvidoria da Seguradora, que é um canal destinado à prevenção e solução de conflitos: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h; pela internet [www.itaubanco.com.br/atendimento](http://www.itaubanco.com.br/atendimento) ou pela Caixa Postal 67.600, São Paulo – SP, CEP: 03162-971.

A Seguradora responderá a sua reclamação dentro dos prazos regulamentares definidos para esses canais.

**MEDIAÇÃO OU CONCILIAÇÃO** – Caso entenda que sua reclamação não foi atendida de forma satisfatória nos canais internos de atendimento, há ainda outras formas simples de resolver seu problema. Antes de ingressar com uma eventual ação judicial, você e a Seguradora buscarão solucionar o conflito preferencialmente por meio da mediação ou conciliação, conforme previsto na Lei nº- 13.140/2015 e na Lei nº- 13.105/2015 (Novo Código de Processo Civil).

Para esse procedimento, a Seguradora se compromete a atendê-lo por meio do site [www.consumidor.gov.br](http://www.consumidor.gov.br), gerido pela Secretaria Nacional do Consumidor (SENACON). Nesse site, você pode registrar o problema que tenha com produtos e serviços e receber atendimento diretamente da Seguradora no prazo estabelecido

---

no site. A Seguradora também se compromete a atendê-lo para tentar solucionar o conflito por meio dos centros de mediação ou conciliação com os quais mantenha convênio, ou nos centros judiciários de solução consensual de conflitos criados pelos tribunais. As informações de contato do centro de mediação de sua localidade são informadas a você no momento da contratação e poderão ser obtidas a qualquer momento nos Canais de Atendimento.

Importante: a conciliação do conflito não pretende impedi-lo de buscar a via judicial tradicional, mas tem por objetivo uma solução mais rápida e eficiente para você. Você não arcará com qualquer custo administrativo perante os centros de mediação ou conciliação com os quais a Seguradora mantenha convênio ou perante os centros judiciários de solução consensual de conflitos.

### **33. FORO**

33.1. Fica eleito o foro do domicílio do segurado e beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

33.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes contratantes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item 33.1.

---

## II. CONDIÇÕES ESPECIAIS

### 1. COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1.1. A cobertura de Morte Acidental garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta cobertura, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do segurado causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e observadas as condições contratuais deste seguro.

1.2. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

### 1.3. RISCOS EXCLUÍDOS

**Todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula de PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão excluídos desta cobertura.**

### 1.4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados nas Condições Gerais do seguro:

#### EM CASO DE MORTE ACIDENTAL DO SEGURADO:

- **Certidão de Óbito;**
- **Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;**
- **Laudo de Necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal;**
- **Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela seguradora preenchido e assinado pelo beneficiário;**
- **Formulário de autorização de crédito em conta corrente fornecido pela Seguradora;**
- **Comunicação de acidente de trabalho pela empresa – CAT (para acidente de trabalho);**
- **Resultados dos exames complementares (se realizados)**
- **Exame de teor toxicológico e de dosagem alcoólica (para acidente de trânsito);**

- 
- **Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo acidentado)**

### **1.5. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta cobertura de Morte Acidental o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## 2. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

**2.1.** A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta cobertura e observadas as condições gerais deste seguro.

**2.1.2.** 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 para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e 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 a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50

	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	<u>Encurtamento de um dos membros inferiores:</u>	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10	
- de 3 (três) centímetros	6	

---

	- menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização
--	---------------------------------	-----------------

**2.1.3.** 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.

**2.1.4.** 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.

**2.1.5.** 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.

**2.1.6.** 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).

**2.1.7.** 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.

**2.1.8.** 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.

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

**2.1.10.** Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

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

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

**2.1.13.** 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.

**2.1.14.** 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.

## **2.2. RISCOS EXCLUÍDOS**

Todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão excluídos desta cobertura.

### **2.3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados nas Condições Gerais do seguro:

#### **EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DO SEGURADO:**

- **Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;**
- **Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;**
- **Formulário original de Relatório do Médico Assistente fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida;**
- **Laudo do Exame de Corpo Delito expedido pelo Instituto Medico Legal (se houver);**
- **Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS;**
- **Boletim do hospital que prestou o 1º atendimento;**
- **Resultados de exames indicativos das lesões (exames que tenham fotos ou raio x deverão ser encaminhados os originais, os quais serão posteriormente devolvidos);**
- **Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo acidentado)**
- **Exame de teor toxicológico e de dosagem alcoólica (para acidente de trânsito).**

### **2.4. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

### **3. COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE**

**3.1.** Esta cobertura garante ao segurado o reembolso de despesas médico-hospitalares e odontológicas por Acidente efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, limitado ao valor contratado e definido no certificado individual para esta cobertura e observadas as condições gerais deste seguro.

**3.2.** A seguradora indenizará as despesas médico-hospitalares e odontológicas incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do segurado, observados os seguintes critérios:

a) Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares, desde que legalmente habilitados;

b) A comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas por motivo de acidente deverão ser feitas mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

### **3.3. RISCOS EXCLUÍDOS**

**Além de todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:**

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- e) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;

- h) **anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
- i) **luxações recidivantes de qualquer articulação;**
- j) **instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- k) **doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia e protusões discais degenerativas;**
- l) **ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- m) **doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.**

### 3.4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados nas Condições Gerais do seguro:

#### EM CASO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE DO SEGURADO:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
- **Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;**
- Resultados dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo segurado;
- Formulário original Relatório do Médico Assistente fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida;
- Formulário de autorização de crédito em conta-corrente fornecido pela Seguradora;
- Laudo do Exame de Corpo Delito expedido pelo Instituto Medico Legal (se houver);

- 
- Boletim do hospital que prestou o 1º atendimento;
  - Carteira de Habilitação – CNH (para acidente de trânsito em que o segurado dirigia o veículo);
  - Exame de teor toxicológico e de dosagem alcoólica (para acidente de trânsito);
  - Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
  - Notas Fiscais e Recibos originais;
  - Receitas Médicas.

### **3.5. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

#### 4. COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

4.1. Esta cobertura garante ao segurado o pagamento do capital segurado definido no Certificado Individual para esta cobertura, por dia de internação hospitalar, **causada exclusivamente por acidente pessoal coberto** e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, observado o período de franquia e as condições gerais deste seguro.

4.2. A indenização que o segurado terá direito corresponderá ao **máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias durante o período de vigência anual do seguro**. O Limite da quantidade de diárias será estabelecido na proposta de adesão do seguro.

4.3. A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, respeitada a franquia conforme estas **Condições Especiais**.

4.4. Para fins desta cobertura considera-se:

4.4.1. **DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE**: é o valor escolhido pelo segurado e definido no certificado individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.

4.4.2. **Franquia**: é a duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas em internação em Hospital.

#### 4.5. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos mencionados nas cláusulas **RISCOS EXCLUÍDOS**, **PERDA DE DIREITOS** e aqueles que se enquadrarem na cláusula **PRESCRIÇÃO**, das **Condições Gerais**, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- c) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro, e realizadas imediatamente após a data do acidente;
- d) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.

#### **4.6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados nas Condições Gerais do seguro:

##### **EM CASO DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE DO SEGURADO:**

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela seguradora preenchido e assinado pelo segurado
- Formulário original de Relatório do Médico Assistente fornecido pela seguradora preenchido e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo do Exame de Corpo Delito expedido pelo Instituto Medico Legal (se houver)
- Boletim do hospital que prestou o primeiro atendimento;.
- Resultados dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS ;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo acidentado)
- Exame de teor toxicológico e de dosagem alcoólica (para acidente de trânsito);

#### **4.7. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## **5. COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE**

**5.1.** Esta cobertura garante ao segurado o pagamento do valor contratado no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer a sua profissão ou ocupação, **devido exclusivamente à ocorrência de acidente pessoal coberto**, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitado o período de franquia e observados os limites estabelecidos nestas condições contratuais do seguro.

**5.2.** Para fins desta cobertura considera-se: **sugiro excluir o 5.2 na integra uma vez que confronta o 5.1**

**5.2.1. DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE:** é o valor contratado pelo segurado e definido no certificado individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada de incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto.

**5.2.2. INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE:** é o afastamento do segurado de suas atividades por incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto e comprovada por determinação médica.

## **5.3. RISCOS EXCLUÍDOS**

Além de todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- a) qualquer acidente que impossibilite o segurado de exercer sua profissão ou ocupação por um período inferior ao estipulado como franquia nas Condições Contratuais da apólice;
- b) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- c) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro, e realizadas imediatamente após a data do acidente;
- e) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas conseqüentes;
- h) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;

- i) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- j) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- k) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia e protusões discais degenerativas;
- l) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- m) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

#### **5.4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados nas Condições Gerais do seguro:

#### **EM CASO DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE DO SEGURADO:**

- O formulário “Notificação de Afastamento das Atividades Profissionais” preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente. No caso de impedimento do envio do formulário, a notificação deverá ser feita através de telex, fax ou telegrama dirigido à Seguradora. Tal circunstância não exime o Segurado da apresentação posterior do original deste formulário devidamente preenchido;
- Resultados dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- Atestado Médico original comprovando o afastamento;
- Cópia autenticada de comprovante de exercício de Atividade Profissional;
- Comprovante de renda mensal, que poderá ser a cópia autenticada do contra-cheque ou do Imposto de Renda ou o saldo médio bancário declarado pelo banco em papel timbrado. Não serão aceitas declarações de Contador..
- Cópias autenticadas do CPF, RG e comprovante de residência.
- Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS ;
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (se registrado)
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo acidentado)

#### **5.5. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta Cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## 6. COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DIFERENCIADA

6.1. A cobertura de Morte Acidental Diferenciada garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado para esta cobertura, aos beneficiários do segurado, na ocorrência de um dos eventos cobertos, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, **exceto se decorrentes de riscos excluídos** e observadas as condições contratuais deste seguro.

6.2. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

6.3. Esta cobertura abrange os seguintes eventos:

a) Morte Acidental decorrente de acidente ocorrido em Transporte Público Autorizado: Em caso de morte do segurado decorrente de um Acidente Pessoal coberto, enquanto passageiro em um Transporte Público Autorizado.

b) Morte Acidental decorrente de acidente ocorrido em Veículo Particular ou Pedestre: Em caso de morte do segurado decorrente de um acidente de trânsito, coberto como Acidente Pessoal por este seguro, quando o segurado for ocupante de um Veículo Particular, ou quando for atingido ou atropelado por qualquer tipo de veículo motorizado, seja coletivo ou particular.

6.4. Para fins desta cobertura considera-se:

6.4.1. **PASSAGEIRO**: é o segurado que estiver dentro, entrando ou saindo de um transporte coletivo.

6.4.2. **TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO**: é o transporte em qualquer aeronave, ônibus, trem, navio, metrô ou qualquer outro tipo de transporte público, mediante pagamento de passagens, sendo este transporte fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas. **Não se enquadram neste item, os serviços públicos de transporte de passageiros através de lotação por meio de “peruas” ou semelhantes, na modalidade “lotação”, além de táxi e moto-táxi.**

6.4.3. **VEÍCULO PARTICULAR**: é o automóvel de passeio, de uso particular do segurado, de quatro ou mais rodas e de categoria particular. **Não se encaixam neste item os veículos alugados, de auto-escola, táxis e de competições.**

6.4.5. **OCUPANTE**: é o segurado que estiver dentro, entrando ou saindo de um veículo particular.

## 6.5. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- a) acidente com veículo conduzido por motorista que não esteja legalmente habilitado;
- b) acidente com veículo conduzido por motorista que esteja sob tratamento médico e impedido de guiar devido ao seu estado de saúde e/ou medicamentos receitados.
- c) acidente com veículo conduzido por motorista, (sendo este o segurado), que esteja sob efeito de entorpecentes, álcool, drogas ou medicamentos que reduzam sua capacidade de condução do veículo.
- d) acidente com veículo ocorrido quando em trânsito por estradas ou caminhos impedidos, não abertos ao tráfego ou de areias fofas ou movediças.

## 6.6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados nas Condições Gerais do seguro:

### EM CASO DE MORTE ACIDENTAL DIFERENCIADA DO SEGURADO:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela seguradora preenchido e assinado pelo beneficiário;
- Formulário de autorização de crédito em conta corrente fornecido pela Seguradora;
- Comunicação de acidente de trabalho pela empresa – CAT (para acidente de trabalho);
- Exame de teor toxicológico e de dosagem alcoólica (para acidente de trânsito);
- Carteira de Habilitação – CNH (para acidente de trânsito em que o segurado dirigia o veículo).

## 6.7. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Morte Acidental Diferenciada são cumulativas com a cobertura de Morte Acidental, se contratada.

## 6.8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta cobertura de Morte Acidental Diferenciada o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## 7. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DIFERENCIADA

7.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Diferenciada garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado para esta cobertura, aos beneficiários do segurado, na ocorrência de um dos eventos cobertos, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, **exceto se decorrentes de riscos excluídos** e observadas as condições contratuais deste seguro.

7.2. Esta cobertura abrange os seguintes eventos:

a) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de acidente ocorrido em Transporte Público Autorizado: Em caso de invalidez permanente do segurado decorrente de um Acidente Pessoal coberto, enquanto passageiro em um Transporte Público Autorizado.

b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de acidente ocorrido em Veículo Particular ou Pedestre: Em caso de invalidez permanente do segurado decorrente de um acidente de trânsito, coberto como Acidente Pessoal por este seguro, quando o segurado for ocupante de um Veículo Particular, ou quando for atingido ou atropelado por qualquer tipo de veículo motorizado, seja coletivo ou particular.

7.3. Para fins desta cobertura considera-se:

7.3. PASSAGEIRO: é o segurado que estiver dentro, entrando ou saindo de um transporte coletivo.

7.3.1. TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO: é o transporte em qualquer aeronave, ônibus, trem, navio, metrô ou qualquer outro tipo de transporte público, mediante pagamento de passagens, sendo este transporte fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas. **Não se enquadram neste item, os serviços públicos de transporte de passageiros através de lotação por meio de “peruas” ou semelhantes, na modalidade “lotação”, além de táxi e moto-táxi.**

7.3.2. VEÍCULO PARTICULAR: é o automóvel de passeio, de uso particular do segurado, de quatro ou mais rodas e de categoria particular. **Não se encaixam neste item os veículos alugados, de auto-escola, táxis e de competições.**

7.3.3. OCUPANTE: é o segurado que estiver dentro, entrando ou saindo de um veículo particular.

7.4. 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 para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e 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 a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15

	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	<u>Encurtamento de um dos membros inferiores:</u>	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6	
- menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização	

**7.4.1.** 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.

**7.4.2.** 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.

**7.4.3.** 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.

**7.4.4.** 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).

**7.4.5.** 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.

**7.4.6.** 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.

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

**7.4.8.** Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

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

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

**7.4.11.** 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.

**7.4.12.** 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.

## **7.5. RISCOS EXCLUÍDOS**

**Além de todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:**

- a) acidente com veículo conduzido por motorista que não esteja legalmente habilitado;**
- b) acidente com veículo conduzido por motorista que esteja sob tratamento médico e impedido de guiar devido ao seu estado de saúde e/ou medicamentos receitados.**

- c) acidente com veículo conduzido por motorista (sendo este o segurado), que esteja sob efeito de entorpecentes, álcool, drogas ou medicamentos que reduzam sua capacidade de condução do veículo.
- d) acidente com veículo ocorrido quando em trânsito por estradas ou caminhos impedidos, não abertos ao tráfego ou de areias fofas ou movediças.

## 7.6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados nas Condições Gerais do seguro:

### EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DIFERENCIADA DO SEGURADO:

- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- Formulário original de Relatório do Médico Assistente fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida;
- Comunicação de acidente de trabalho pela empresa – CAT (para acidente de trabalho);
- Laudo do Exame de Corpo Delito expedido pelo Instituto Medico Legal (se houver);
- Boletim do hospital que prestou o primeiro atendimento;
- Resultados dos exames indicativos das lesões (exames que tenham fotos ou raio x deverão ser encaminhados os originais, os quais serão posteriormente devolvidos);
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo acidentado).
- Exame de teor toxicológico e de dosagem alcoólica (para acidente de trânsito).

## 7.7. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Diferenciada são cumulativas com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, se contratada.

## 7.8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Diferenciada o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## **8. COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM EVENTO PRAZO CURTO**

**8.1.** A cobertura de Morte Acidental em Evento Prazo Curto garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta cobertura, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do segurado causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e observadas as condições contratuais deste seguro.

**8.2.** Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

### **8.3. RISCOS EXCLUÍDOS**

**Todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão excluídos desta cobertura.**

### **8.4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados nas Condições Gerais do seguro:

#### **EM CASO DE MORTE ACIDENTAL EM EVENTO PRAZO CURTO DO SEGURADO:**

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal;;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo beneficiário;
- Formulário original de autorização de crédito em conta corrente fornecido pela Seguradora;
- Comunicação de acidente de trabalho pela empresa – CAT (para acidente de trabalho);
- Exame de teor toxicológico e de dosagem alcoólica (para acidente de trânsito);
- Carteira de Habilitação – CNH (para acidente de trânsito em que o segurado dirigia o veículo).

### **8.5. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta cobertura de Morte Acidental em Evento Prazo Curto o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## 9. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM EVENTO PRAZO CURTO

**9.1.** A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta cobertura e observadas as condições contratuais deste seguro.

**9.2.** 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 para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e 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 a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60

Parcial Membros Superiores	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	<u>Encurtamento de um dos membros inferiores:</u>	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10	

	- de 3 (três) centímetros	6
	- menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

**9.2.1.** 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.

**9.2.2.** 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.

**9.2.3.** 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.

**9.2.4.** 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).

**9.2.5.** 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.

**9.2.6.** 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.

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

**9.2.8.** Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

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

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

**9.2.11.** 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.

**9.2.12.** 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.

### 9.3. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nas cláusulas **RISCOS EXCLUÍDOS**, **PERDA DE DIREITOS** e aqueles que se enquadrarem na cláusula **PRESCRIÇÃO**, das **Condições Gerais**, estão excluídos desta cobertura.

### 9.4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados no item nas **Condições Gerais** do seguro:

#### EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL EM EVENTO PRAZO CURTO DO SEGURADO:

- Botetim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- Formulário original de Relatório do Médico Assistente fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida;
- Laudo do Exame de Corpo Delito expedido pelo Instituto Medico Legal (se houver);
- Boletim do hospital que prestou o 1º atendimento;
- Resultados dos exames indicativos da lesão ( exames que tenham fotos ou raio x deverão ser encaminhados os originais, os quais serão posteriormente devolvidos);
- Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS);
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo acidentado).

Exame de teor toxicológico e de dosagem alcoólica (para acidente de trânsito)

### 9.5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto o disposto nas **Condições Gerais** do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## **10. COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE EM EVENTO PRAZO CURTO**

**10.1.** Esta cobertura garante ao segurado o reembolso de despesas médico-hospitalares e odontológicas por Acidente efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, limitado ao valor contratado e definido no certificado individual para esta cobertura e observadas as condições contratuais deste seguro.

**10.2.** A seguradora indenizará as despesas médico-hospitalares e odontológicas incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do segurado, observados os seguintes critérios:

a) Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares, desde que legalmente habilitados;

b) A comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

### **10.3. RISCOS EXCLUÍDOS**

Além de todos os riscos mencionados nas cláusulas **RISCOS EXCLUÍDOS**, **PERDA DE DIREITOS** e aqueles que se enquadrarem na cláusula **PRESCRIÇÃO**, das **Condições Gerais**, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- e) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas conseqüentes;
- h) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;

- i) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- j) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- k) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia e protusões discais degenerativas;
- l) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- m) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

#### 10.4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

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

##### EM CASO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE EM EVENTO PRAZO CURTO DO SEGURADO:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Notas Fiscais e recibos originais;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo segurado;
- Formulário original Relatório do Médico Assistente fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida;
- Formulário de autorização de crédito em conta-corrente fornecido pela Seguradora;
- Laudo do Exame de Corpo Delito expedido pelo Instituto Medico Legal (se houver);
- Boletim do hospital que prestou o 1º atendimento;
- Carteira de Habilitação – CNH (para acidente de trânsito em que o segurado dirigia o veículo);
- Exame de teor toxicológico e de dosagem alcoólica (para acidente de trânsito)
- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Resultados dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);

- 
- Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS ;
  - Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo acidentado);
  - Receita Médica.

### **10.5. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente em Evento Prazo Curto o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## **11. COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE ROUBO**

**11.1.** A cobertura de Morte Acidental decorrente de Roubo garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta cobertura, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte acidental do segurado decorrente de roubo ou tentativa de roubo, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e observadas as condições contratuais deste seguro.

**11.2.** Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

### **11.3. Para fins desta cobertura considera-se:**

**11.3.1. ROUBO:** é a subtração de coisa móvel alheia, mediante violência, grave ameaça, ou qualquer outro meio que anule a capacidade de resistência do segurado.

### **11.4. RISCOS EXCLUÍDOS**

**Todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão excluídos desta cobertura.**

### **11.5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

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

#### **EM CASO DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE ROUBO:**

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo beneficiário;
- Formulário original de autorização de crédito em conta corrente fornecido pela Seguradora; Comunicação de acidente de trabalho pela empresa – CAT (para acidente de trabalho);

- Exame de teor toxicológico e de dosagem alcoólica (para acidente de trânsito);
- Carteira de Habilitação – CNH (para acidente de trânsito em que o segurado dirigia o veículo).

#### **11.6. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta cobertura de Morte Acidental decorrente de Roubo o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## 12. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE ROUBO

12.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de Roubo garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente pessoal coberto decorrente de roubo ou tentativa de roubo, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta cobertura e observadas as condições contratuais deste seguro.

### 12.2. Para fins desta cobertura considera-se:

12.2.1. **ROUBO:** é a subtração de coisa móvel alheia, mediante violência, grave ameaça, ou qualquer outro meio que anule a capacidade de resistência do segurado.

12.3. 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 para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e 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 a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20

	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo		
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3

Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
<u>Encurtamento de um dos membros inferiores:</u>	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

**12.3.1.** 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.

**12.3.2.** 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.

**12.3.3.** 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.

**12.3.4.** 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).

**12.3.5.** 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.

**12.3.6.** 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.

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

**12.3.8.** Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

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

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

**12.3.11.** 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.

**12.3.12.** 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.

#### **12.4. RISCOS EXCLUÍDOS**

**Todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão excluídos desta cobertura.**

#### **12.5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados nas Condições Gerais do seguro:

#### **EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE ROUBO:**

- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- Formulário original de Relatório do Médico Assistente fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida;
- Laudo do Exame de Corpo Delito expedido pelo Instituto Medico Legal (se houver);
- Boletim do hospital que prestou o 1º atendimento;
- Resultados dos exames indicativos da lesão (exames que tenham fotos ou raio x deverão ser encaminhados os originais, os quais serão posteriormente devolvidos);
- Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo acidentado).
- Exame de teor toxicológico e de dosagem alcoólica (para acidente de trânsito)

#### **13.6. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de Roubo o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

### **13. COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE DECORRENTE DE ROUBO**

**13.1.** Esta cobertura garante ao segurado o pagamento do valor contratado e definido no Certificado do seguro para esta cobertura, por dia de internação hospitalar, **causada exclusivamente por acidente pessoal coberto decorrente de roubo ou tentativa de roubo**, e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, observado o período de franquia e as condições contratuais deste seguro.

**13.2.** A indenização que o segurado terá direito corresponderá ao **máximo de 60 (sessenta) diárias por evento** ocorrido durante o período de vigência anual do seguro, **até o máximo de 3 (três) eventos** por período de vigência.

**13.3.** A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no Contrato do seguro.

**13.4. Para fins desta cobertura considera-se:**

**13.4.1. DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE:** é o valor escolhido pelo segurado e definido no certificado individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.

**13.4.2. Franquia:** é a duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas em internação em Hospital.

**13.4.3. ROUBO:** é a subtração de coisa móvel alheia, mediante violência, grave ameaça, ou qualquer outro meio que anule a capacidade de resistência do segurado.

### **13.5. RISCOS EXCLUÍDOS**

Além de todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- c) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- d) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- f) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas conseqüentes;

- g) **anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
- h) **luxações recidivantes de qualquer articulação;**
- i) **instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- j) **doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia e protusões discais degenerativas;**
- k) **ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- l) **doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.**

### **13.6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

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

#### **EM CASO DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE DECORRENTE DE ROUBO:**

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela seguradora preenchido e assinado pelo segurado
- Formulário original Relatório do Médico Assistente fornecido pela seguradora preenchido e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Resultados dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- Laudo do Exame de Corpo Delito expedido pelo Instituto Medico Legal (se houver)
- Boletim do hospital que prestou o 1º atendimento;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo acidentado).
- Exame de teor toxicológico e de dosagem alcoólica (para acidente de trânsito);

### **13.7. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente decorrente de Roubo o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## **14. COBERTURA DE AUXÍLIO-FUNERAL**

**14.1.** Esta cobertura garante aos beneficiários do seguro o reembolso de despesas com o funeral do segurado, em caso de morte do segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto e ocorrido no período de vigência do seguro, limitado ao valor contratado e definido no certificado individual para esta cobertura e observadas as condições contratuais deste seguro.

**14.2.** A seguradora indenizará as despesas com o funeral do segurado, observados os seguintes critérios:

a) Cabe aos beneficiários a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados;

b) A comprovação das despesas com o funeral do segurado deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas.

### **14.3. RISCOS EXCLUÍDOS**

**Todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão excluídos desta cobertura.**

### **14.4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados no item 20 das Condições Gerais do seguro:

#### **EM CASO DE AUXÍLIO-FUNERAL:**

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal.
- Comprovantes originais das despesas com o funeral.

### **15.5. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta cobertura de Auxílio-Funeral o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## 15. COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM LOCAL DE TRABALHO

15.1. A cobertura de Morte Acidental em Local de Trabalho garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado para esta cobertura, aos beneficiários dos segurados, na ocorrência de um dos eventos cobertos, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e no local de trabalho do segurado, **exceto se decorrentes de riscos excluídos** e observadas as condições contratuais deste seguro.

15.2. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

15.3. Para fins desta cobertura considera-se:

15.3.1. **LOCAL DE TRABALHO:** é o local físico onde o segurado desempenhe sua atividade de trabalho que será determinado nas Condições Contratuais, dentro do qual os segurados terão direito a indenização.

## 15.4. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nas cláusulas **RISCOS EXCLUÍDOS**, **PERDA DE DIREITOS** e aqueles que se enquadrarem na cláusula **PRESCRIÇÃO**, das **Condições Gerais**, estão excluídos desta cobertura.

## 16.5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

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

### EM CASO DE MORTE ACIDENTAL EM LOCAL DE TRABALHO DO SEGURADO:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia evento tenha sido registrado;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo beneficiário;
- Formulário original de autorização de crédito em conta corrente fornecido pela Seguradora;
- Cópia autenticada da Carteira de Trabalho;

- 
- Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS.

#### **15.6. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta Cobertura de Morte Acidental em Local de Trabalho o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## 16. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM LOCAL DE TRABALHO

16.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Local de Trabalho garante ao segurado o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado para esta cobertura, na ocorrência de um dos eventos cobertos, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e no local de trabalho do segurado, **exceto se decorrentes de riscos excluídos** e observadas as condições contratuais deste seguro.

### 16.2. Para fins desta cobertura considera-se:

16.2.1. **LOCAL DE TRABALHO:** é o local físico onde o segurado desempenhe sua atividade de trabalho que será determinado no Contrato, dentro do qual os segurados terão direito a indenização.

16.3. 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 para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e 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 a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20

	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo		
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3	

Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
<u>Encurtamento de um dos membros inferiores:</u>	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

**16.3.1.** 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.

**16.3.2.** 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.

**16.3.3.** 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.

**16.3.4.** 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).

**16.3.5.** 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.

**16.3.6.** 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.

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

**16.3.8.** Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

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

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

**16.3.11.** 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.

**16.3.12.** 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.

#### **16.4. RISCOS EXCLUÍDOS**

**Todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão excluídos desta cobertura.**

#### **16.5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

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

#### **EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL EM LOCAL DE TRABALHO DO SEGURADO:**

- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- Formulário original de Relatório do Médico Assistente fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida;
- Laudo do Exame de Corpo Delito expedido pelo Instituto Medico Legal (se houver);
- Boletim do hospital que prestou o 1º atendimento;
- Resultados dos exames indicativos da lesão (exames que tenham fotos ou raio x deverão ser encaminhados os originais, os quais serão posteriormente devolvidos);
- Carteira de Trabalho;
- Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS.
- Exame de teor toxicológico e de dosagem alcoólica (para acidente de trânsito).

#### **16.6. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Local Definido o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## 17. COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE EM LOCAL DE TRABALHO

17.1. Esta cobertura garante ao segurado o pagamento do valor contratado e definido no Certificado do seguro para esta cobertura, por dia de internação hospitalar, **causada exclusivamente por acidente pessoal coberto em local de trabalho**, e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, observado o período de franquia e as condições contratuais deste seguro.

17.2. A indenização que o segurado terá direito corresponderá ao **máximo de 60 (sessenta) diárias por evento** ocorrido durante o período de vigência anual do seguro, **até o máximo de 3 (três) eventos** por período de vigência.

17.2.1. A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos nas Condições Contratuais do seguro.

17.3. Para fins desta cobertura considera-se:

17.3.1. **DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE:** é o valor escolhido pelo segurado e definido no certificado individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.

17.3.2. **Franquia:** é a duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas em internação em Hospital.

17.3.3. **LOCAL DE TRABALHO:** é o local físico onde o segurado desempenhe sua atividade de trabalho que será determinado nas Condições Contratuais, dentro do qual os segurados terão direito a indenização.

### 17.4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- c) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- d) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- f) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de

qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas conseqüentes;

- g) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- h) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- i) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- j) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia e protusões discais degenerativas;
- k) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- l) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

#### **17.5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

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

#### **EM CASO DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE EM LOCAL DE TRABALHO:**

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela seguradora preenchido e assinado pelo segurado
- Formulário original Relatório do Médico Assistente fornecido pela seguradora preenchido e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida;
- Resultados dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- Laudo do Exame de Corpo Delito expedido pelo Instituto Medico Legal (se houver)
- Carteira de Trabalho;
- Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS.
- Boletim do hospital que prestou o 1o atendimento;

#### **17.6. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente em Local de Trabalho o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## **18. COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE EM LOCAL DE TRABALHO**

**18.1.** Esta cobertura garante ao segurado o reembolso de despesas médico-hospitalares e odontológicas por Acidente efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e no local de trabalho do segurado, limitado ao valor contratado e definido no certificado individual para esta cobertura e observadas as condições contratuais deste seguro.

**18.2.** A seguradora indenizará as despesas médico-hospitalares e odontológicas incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do segurado, observados os seguintes critérios:

a) Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares, desde que legalmente habilitados;

b) A comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

**18.3. Para fins desta cobertura considera-se:**

**18.3.1. LOCAL DE TRABALHO:** é o local físico onde o segurado desempenhe sua atividade de trabalho que será determinado nas Condições Contratuais, dentro do qual os segurados terão direito a indenização.

## **18.4. RISCOS EXCLUÍDOS**

Além de todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- e) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela

ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas conseqüentes;

- h) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- i) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- j) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- k) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia e protusões discais degenerativas;
- l) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- m) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

#### **18.5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

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

#### **EM CASO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE EM LOCAL DE TRABALHO DO SEGURADO:**

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Notas Fiscais e Recibos originais;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo segurado;
- Formulário original de Relatório do Médico Assistente fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida;
- Formulário de autorização de crédito em conta-corrente fornecido pela Seguradora;
- Laudo do Exame de Corpo Delito expedido pelo Instituto Medico Legal (se houver);
- Boletim do hospital que prestou o 1º atendimento;
- Resultados dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- Receita Médica;
- Carteira de Trabalho;

- 
- Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS.

#### **18.6. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente em Local de Trabalho o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## 19. COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM RESIDÊNCIA

**19.1.** A cobertura de Morte Acidental em Residência garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado para esta cobertura, aos beneficiários dos segurados, na ocorrência de um dos eventos cobertos, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e na Residência do Segurado, **exceto se decorrentes de riscos excluídos** e observadas as condições contratuais deste seguro.

**19.2.** Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

**19.3. Para fins desta cobertura considera-se:**

**19.3.1. RESIDÊNCIA:** é o local onde o segurado habita e informado no certificado individual.

**19.3.2. SEGURADOS:** É o grupo constituído pelos moradores da residência indicada no certificado individual, com domicílio comprovado, sobre os quais se procederão as avaliações do risco

## 19.4. RISCOS EXCLUÍDOS

**Todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão excluídos desta cobertura.**

## 20.5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

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

### EM CASO DE MORTE ACIDENTAL EM RESIDÊNCIA DO SEGURADO:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo beneficiário;
- Formulário original de autorização de crédito em conta corrente fornecido pela Seguradora;

- 
- Comprovante de Residência, para os menores de 18 anos será aceito o comprovante dos maiores residentes.

#### **19.6. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta cobertura de Morte Acidental em Local Definido o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## 20. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM RESIDÊNCIA

20.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Residência garante ao segurado o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado para esta cobertura, na ocorrência de um dos eventos cobertos, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e na Residência, **exceto se decorrentes de riscos excluídos** e observadas as condições contratuais deste seguro.

### 20.2. Para fins desta cobertura considera-se:

20.2.1. **RESIDÊNCIA:** é o local onde o segurado habita e informado no certificado individual.

20.2.2. **SEGURADOS:** É o grupo constituído pelos moradores da residência indicada no certificado individual, com domicílio comprovado.

20.3. 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 para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e 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 a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20

	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo		
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3	

Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
<u>Encurtamento de um dos membros inferiores:</u>	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

**20.3.1.** 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.

**20.3.2.** 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.

**20.3.3.** 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.

**20.3.4.** 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).

**20.3.5.** 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.

**20.3.6.** 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.

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

**20.3.8.** Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

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

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

**20.3.11.** 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.

**20.3.12.** 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.

#### **20.4. RISCOS EXCLUÍDOS**

**Todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão excluídos desta cobertura.**

#### **20.5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados nas Condições Gerais do seguro:

#### **EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL EM RESIDÊNCIA DO SEGURADO:**

- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- Formulário original de Relatório do Médico Assistente fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida;
- Resultados de exames indicativos das lesões (exames que tenham fotos ou raio x deverão ser encaminhados os originais, os quais serão posteriormente devolvidos);
- Boletim do hospital que prestou o 1º atendimento;
- Comprovante de Residência, para os menores de 18 anos será aceito o comprovante dos maiores residentes.

#### **20.6. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Local Definido o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## **21. COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE EM RESIDÊNCIA**

**21.1.** Esta cobertura garante ao segurado o pagamento do valor contratado e definido no Certificado do seguro para esta cobertura, por dia de internação hospitalar, **causada exclusivamente por acidente pessoal coberto em Residência do Segurado**, e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, observado o período de franquia e as condições contratuais deste seguro.

**21.2.** A indenização que o segurado terá direito corresponderá ao **máximo de 60 (sessenta) diárias por evento** ocorrido durante o período de vigência anual do seguro, **até o máximo de 3 (três) eventos** por período de vigência.

**21.3.** A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos nas Condições Contratuais do seguro.

**21.4. Para fins desta cobertura considera-se:**

**21.4.1. DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE:** é o valor escolhido pelo segurado e definido no certificado individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.

**21.4.2. Franquia:** é a duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas em internação em Hospital.

**21.4.3. RESIDÊNCIA:** é o local onde o segurado habita e informado no certificado individual.

**21.4.4. SEGURADOS:** É o grupo constituído pelos moradores da residência indicada no certificado individual, com domicílio comprovado. , sobre os quais se procederão as avaliações do risco

### **21.5. RISCOS EXCLUÍDOS**

**Além de todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:**

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- c) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- d) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- f) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de

qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas conseqüentes;

- g) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- h) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- i) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- j) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia e protusões discais degenerativas;
- k) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- l) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

## **21.6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

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

### **EM CASO DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE EM RESIDÊNCIA:**

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela seguradora preenchido e assinado pelo segurado
- Formulário original Relatório do Médico Assistente fornecido pela seguradora preenchido e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida;
- Laudo do Exame de Corpo Delito expedido pelo Instituto Medico Legal (se houver)
- Boletim do hospital que prestou o 1o atendimento;
- Resultados dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- Comprovante de Residência, para os menores de 18 anos será aceito o comprovante dos maiores residentes.

## **21.7. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente em Local Definido o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## **22. COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE EM RESIDÊNCIA**

**22.1.** Esta cobertura garante ao segurado o reembolso de despesas médico-hospitalares e odontológicas por Acidente efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e na Residência do segurado, limitado ao valor contratado e definido no certificado individual para esta cobertura e observadas as condições contratuais deste seguro.

**22.2.** A seguradora indenizará as despesas médico-hospitalares e odontológicas incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do segurado, observados os seguintes critérios:

a) Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares, desde que legalmente habilitados;

b) A comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

### **22.3. Para fins desta cobertura considera-se:**

**22.3.1. RESIDÊNCIA:** é o local onde o segurado habita e informado no certificado individual.

**22.3.2. SEGURADOS:** É o grupo constituído pelos moradores da residência indicada no certificado individual, com domicílio comprovado, , sobre os quais se procederão as avaliações do risco

### **22.4. RISCOS EXCLUÍDOS**

Além de todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- e) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

- g) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas conseqüentes;
- h) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- i) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- j) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- k) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia e protusões discais degenerativas;
- l) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- m) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

## **22.5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

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

### **EM CASO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE EM RESIDÊNCIA DO SEGURADO:**

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo segurado;
- Formulário original de Relatório do Médico Assistente fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida;
- Formulário de autorização de crédito em conta-corrente fornecido pela Seguradora;
- Notas Fiscais e Recibos originais;
- Receita Médica;
- Resultados dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- Comprovante de Residência, para os menores de 18 anos será aceito o comprovante dos maiores residentes.

- 
- Laudo do Exame de Corpo Delito expedido pelo Instituto Medico Legal (se houver);
  - Boletim do hospital que prestou o 1º atendimento;

## **22.6. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente em Local Definido o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## **23. CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE**

**23.1.** O plano de seguro contratado poderá incluir cobertura para o cônjuge e/ou companheiro(a) do Segurado Principal, de forma facultativa, mediante o atendimento das condições de inclusão constantes desta Cláusula Suplementar.

### **23.2. Para fins desta Cláusula Suplementar, define-se:**

**23.2.1. SEGURADO PRINCIPAL:** é o proponente efetivamente aceito pela seguradora, cujo seguro esteja em vigor, responsável pelas declarações constantes da Proposta de Adesão ao seguro.

**23.2.2. SEGURADO DEPENDENTE:** é o cônjuge ou companheiro(a) do Segurado Principal, devidamente aceito no plano de seguro e incluído no certificado do seguro.

**23.3.** Esta Cláusula Suplementar deve ser contratada expressamente pelo Segurado Principal, que deverá indicar o cônjuge ou companheiro(a), o qual será coberto pelo seguro.

**23.4.** Será incluído o cônjuge e/ou companheiro(a) do Segurado Principal que atenda às condições de aceitação para o ingresso no seguro, e as demais elencadas na respectiva Cláusula, sendo o Capital Segurado fixado em percentual não excedente a 100% do correspondente Segurado Principal, o qual é considerado o beneficiário do cônjuge.

**23.5.** O adicional relativo ao custo destas coberturas será determinado nas Condições Contratuais do Seguro.

**23.6.** As coberturas para o cônjuge e/ou companheiro(a), incluído conforme esta Cláusula Suplementar, somente poderão ser contratadas se também previstas para o Segurado Principal, do qual o cônjuge e/ou companheiro(a) é Segurado Dependente.

**23.7.** As coberturas contratadas por esta Cláusula Suplementar não se aplicam ao cônjuge e/ou companheiro(a) que tenha sido aceito como Segurado Principal no seguro.

**23.8.** As coberturas contratadas para o Segurado Dependente serão aquelas definidas nas Condições Contratuais da apólice e no Certificado Individual.

**23.9.** Para efeitos desta cobertura, a indenização correspondente à Morte do cônjuge e/ou companheiro(a) será paga diretamente ao Segurado Principal e as indenizações correspondentes a cobertura de Invalidez Permanente por Acidente serão efetuadas diretamente ao próprio cônjuge e/ou companheiro(a) segurado.

**23.10. Para todos os efeitos legais, o(a) companheiro(a) do Segurado Principal deve ser devidamente reconhecido na forma da Lei.**

### **23.11. RISCOS EXCLUÍDOS**

Além de todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta Cláusula Suplementar todos os eventos que ocorram com o cônjuge ou companheira(o) do Segurado Principal que faça parte do Grupo Segurado.

### **23.12. CANCELAMENTO DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA SUPLEMENTAR**

A cobertura desta Cláusula Suplementar será obrigatoriamente cancelada caso ocorra uma das seguintes situações:

- a) quando ocorrer qualquer das situações previstas nas Condições Gerais para cancelamento ou não renovação da apólice, ou de cessação da cobertura de qualquer segurado;
- b) no caso do Segurado Principal ser excluído da apólice;
- c) no caso de Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado Principal;
- d) no caso de separação judicial ou divórcio;
- e) no caso de desconstituição de união estável, quando se tratar de companheiro(a);
- f) por solicitação do Segurado Principal; e,
- g) por solicitação do estipulante, por escrito.

### **23.13. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta Cláusula Suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## **24. CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE FILHOS**

**24.1.** O plano de seguro contratado com a Cláusula de Inclusão Facultativa de Cônjuge poderá dispor, para as coberturas de Morte, da Cláusula de Inclusão de Filhos do Segurado Principal, considerados dependentes do Segurado Principal na forma da Lei, observadas as condições de inclusão constantes desta Cláusula Suplementar.

### **24.2. Para fins desta Cláusula Suplementar, define-se:**

**24.2.1. SEGURADO PRINCIPAL:** é o proponente efetivamente aceito pela seguradora, cujo seguro esteja em vigor, responsável pelas declarações constantes da Proposta de Adesão ao seguro.

**24.2.2. SEGURADO DEPENDENTE:** é o filho, enteado ou menor considerado dependente do Segurado Principal devidamente comprovado na forma da Lei, aceito no plano de seguro e incluído no certificado do seguro.

**24.3.** Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos somente podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado componente principal para efeito desta cobertura.

**24.4.** O Capital Segurado correspondente será estabelecido em percentual não superior a 100% do Segurado Principal, o qual será o beneficiário do seguro.

**24.5.** Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

O adicional relativo ao custo destas coberturas será determinado no Contrato do Seguro.

**24.6.** Esta Cláusula Suplementar deve ser contratada expressamente pelo Segurado Principal, e essa contratação só poderá ser feita com a inclusão de todos os filhos do Segurado Principal enquadrados como Segurado Dependente na definição desta Cláusula Suplementar.

**24.7.** As coberturas contratadas para o Segurado Dependente serão aquelas definidas nas Condições Contratuais da apólice e no Certificado Individual..

**24.8.** Para efeitos desta cobertura, a indenização correspondente à Morte do Segurado Dependente será paga diretamente ao Segurado Principal.

#### **24.9. RISCOS EXCLUÍDOS**

Todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão excluídos desta Cláusula Suplementar.

#### **24.10. CANCELAMENTO DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA SUPLEMENTAR**

A cobertura desta Cláusula Suplementar será obrigatoriamente cancelada caso ocorra uma das seguintes situações:

- a) quando ocorrer qualquer das situações previstas nas Condições Gerais para cancelamento ou não renovação da apólice, ou de cessação da cobertura de qualquer segurado;
- b) no caso do Segurado Principal ser excluído da apólice;
- c) no caso de Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado Principal;
- d) no caso de cessação da condição de dependente do Segurado Principal previsto na forma da Lei;
- e) por solicitação do Segurado Principal;
- f) por solicitação do estipulante, por escrito;
- g) quando for cancelada a Cláusula Suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge; e
- h) quando for cancelada a Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos.

#### **24.11. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## 25. COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM CONSEQÜÊNCIA DE CRIME

**25.1.** Garante ao(s) beneficiário(s) do seguro o pagamento equivalente ao capital segurado indicado no Certificado Individual, em caso de morte do segurado causada por crime coberto.

**25.2. CRIME COBERTO:** para efeito deste seguro, é a violação à lei penal que cause dano corporal a pessoa segurada, em consonância com o conceito de acidente pessoal e de obrigatória comunicação à autoridade policial.

### 25.3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- a) **Atos reconhecidamente perigosos praticados pelo segurado que não seja motivado por necessidade justificativa e a pratica por parte do segurado que aumentem o risco de ele vir a ser vítima de crime doloso, exceto os praticados durante a prestação de serviço militar ou como ato de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado e prática de esporte;**
- b) **Crimes praticados por descendentes, ascendentes e cônjuge do segurado, bem como quaisquer parentes que com ele residam ou que dele dependam economicamente;**
- c) **Ocorrências enquadradas na legislação em vigor como crime de trânsito;**
- d) **Qualquer outra causa que não seja resultante de crime coberto neste seguro.**

### 25.4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverão apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados no item nas Condições Gerais do seguro:

#### EM CASO DE MORTE ACIDENTAL EM CONSEQÜÊNCIA DE CRIME:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela Seguradora preenchido e
- **assinado pelo beneficiário;**
- Formulário original de autorização de crédito em conta corrente fornecido pela Seguradora;

---

## **25.5. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta cobertura de Morte Acidental em Consequência de Crime o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## 26. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME

**26.1.** Garante ao Segurado o pagamento de indenização, equivalente ao capital segurado indicado no Certificado Individual (EXCLUSIVAMENTE NAS HIPÓTESES ESTABELECIDAS NA TABELA SEGUINTE) caso haja a perda ou impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão em **virtude de lesão física causada por crime coberto praticado contra o segurado**, mediante comprovação por laudo médico E DESDE QUE TAIS LESÕES NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE REABILITAÇÃO OU RECUPERAÇÃO PELOS MEIOS TERAPÊUTICOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DE SUA CONSTATAÇÃO, OBSERVADAS AS DEMAIS CLÁUSULAS DESTAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

Discriminação	% do Capital
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 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

## 26.2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- a) **Atos reconhecidamente perigosos praticados pelo segurado** que não seja motivado por necessidade justificativa e a pratica por parte do segurado **que aumentem o risco de ele vir a ser vítima de crime doloso, exceto os praticados durante a prestação de serviço militar ou como ato de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado e prática de esporte;**
- b) **Crimes praticados por descendentes, ascendentes e cônjuge do segurado, bem como quaisquer parentes que com ele residam ou que dele dependam economicamente;**
- c) **Ocorrências enquadradas na legislação em vigor como crime de trânsito;**
- d) **Qualquer outra causa que não seja resultante de crime coberto neste seguro;**
- e) **Invalidez Permanente Parcial.**

### **26.3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

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

#### **EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME:**

- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- Formulário original de Relatório do Médico Assistente fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida;
  
- Resultados dos exames indicativos da lesão (exames que tenham fotos ou raio x deverão ser encaminhados os originais, os quais serão posteriormente devolvidos);
- Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo acidentado);
- Laudo do Exame de Corpo Delito expedido pelo Instituto Medico Legal (se houver);
- Boletim do hospital que prestou o primeiro atendimento;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo acidentado).

### **26.4. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplica-se a esta cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente em Consequência de Crime o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

## **27. COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE EM CONSEQÜÊNCIA DE CRIME**

O segurado será indenizado quando permanecer hospitalizado em decorrência de crime coberto pelo seguro.

**27.1. O valor a ser pago de uma única vez corresponde ao capital segurado expresso no certificado individual, independente do número de dias de internação, desde que seja respeitada a franquia de 3 (três) dias contados a partir da data de hospitalização do segurado, onde o mesmo não terá direito a esta cobertura.**

### **27.2. RISCOS EXCLUÍDOS**

Além de todos os riscos mencionados nas cláusulas RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS e aqueles que se enquadrarem na cláusula PRESCRIÇÃO, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- c) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- d) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- f) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;
- g) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- h) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- i) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- j) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia e protusões discais degenerativas;
- k) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- l) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais;

- m) Crimes praticados por descendentes, ascendentes e cônjuge do segurado, bem como quaisquer parentes que com ele residam ou que dele dependam economicamente;
- n) Ocorrências enquadradas na legislação em vigor como crime de trânsito;
- o) Qualquer outra causa que não seja resultante de crime coberto neste seguro.

### 27.3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado, ou o próprio segurado, deverá(ão) apresentar os seguintes documentos, além dos documentos mencionados nas Condições Gerais do seguro:

#### EM CASO DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela seguradora preenchido e assinado pelo segurado
- Formulário original Relatório do Médico Assistente fornecido pela seguradora preenchido e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Resultados dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo acidentado);
- Autorização para crédito em conta corrente do segurado.
- Laudo do Exame de Corpo Delito expedido pelo Instituto Medico Legal (se houver)
- Boletim do hospital que prestou o 1o atendimento;

### 27.4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente em Consequência de Crime o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.