

CONDIÇÕES GERAIS

SABEMI SEGURADORA S.A.

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS BILHETE (1381)

CG20240708TM

Julho 2024

Sumário

DISPOSIÇÕES INICIAIS	3
1. OBJETIVO DO SEGURO	3
2. DEFINIÇÕES.....	3
3. COBERTURAS	7
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	8
5. CARÊNCIA	9
6. '.....	9
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO	9
8. DA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE	9
9. INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	10
10. BENEFICIÁRIOS	10
11. CAPITAL SEGURADO.....	10
12. PRÊMIO DO SEGURO.....	10
13. O CANCELAMENTO DO SEGURO.....	11
14. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS.....	12
15. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS	12
16. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	13
17. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO	15
18. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO	16
19. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	16
20. PRESCRIÇÃO	17
21. FORO.....	17
CONDIÇÕES ESPECIAIS	17
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA).....	17
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA).....	19
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	23
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)	25

DISPOSIÇÕES INICIAIS

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

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

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou seus beneficiários de acordo com a(s) cobertura(s) e limitado ao valor do capital Segurado contratado pelo Segurado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, durante o período de vigência do seguro e mediante o pagamento do prêmio correspondente, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e nas disposições legais aplicáveis.

2. DEFINIÇÕES

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 independentemente 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:

Incluem-se nesse conceito:

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

Excluem-se desse conceito:

- a) 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) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como:
- Lesões por Esforços Repetitivos – LER;
 - Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT;
 - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC; ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico–científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,
- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidade acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem anterior.

Acidente Vascular Cerebral: É definido como qualquer acidente cerebrovascular com sequelas neurológicas e com uma duração superior a 24 (vinte e quatro) horas, que inclui a morte do tecido cerebral decorrente de fluxo sanguíneo deficiente por hemorragia, isquemia ou embolia proveniente de uma fonte extracranial.

Agravamento de risco: A ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance de ocorrência de sinistro.

Ato doloso: Ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

Ato ilícito: Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Aviso de sinistro: É a comunicação formal da ocorrência de um evento (sinistro) que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento. É a comunicação oficial à Seguradora na ocorrência do sinistro, sua natureza e gravidade.

Beneficiários: São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber o Capital Segurado na hipótese de sinistro com o Segurado.

Bilhete de Seguro: É o documento emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento da proposta, nos termos da legislação específica.

Boa-Fé: Um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio o obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do Contrato e na determinação dos compromissos assumidos.

Capital Segurado: É o valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.

Carência: É o período de tempo ininterrupto, cotado a partir da data de início de vigência do Seguro, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou seus beneficiários não terão direito à integridade da cobertura contratual, sendo inexistente em caso de acidente pessoal.

Coberturas: São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.'

Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes nas Condições Gerais, das Condições Especiais e do Bilhete de Seguro.

Condições Especiais: Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

Contrato de Seguro: É constituído pelos documentos de aceitação que formalizam o contrato e estabelecem o direito a indenização de seguro, nos termos das condições contratuais.

Corretor de seguros: Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover Contratos de Seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

Diária Segurada: É a importância a ser paga ao Segurado em função do valor estabelecido para a cobertura adicional de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIH-AP), vigente na data do evento.

Doença: É o evento decorrente de perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, **não se enquadrando em classificação de acidente pessoal.**

Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes: Doença, lesão e/ou deficiência, inclusive congênita, que comprometa a função orgânica ou coloque em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, em relação à qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação.

Dolo: É a intenção de praticar um mal que é considerado crime, seja por ação ou por omissão, ou ainda, vício de consentimento caracterizado na intenção de prejudicar ou fraudar outrem.

Evento coberto: Acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante a vigência e que acarreta obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) beneficiário(s).

Franquia: É o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização ou reembolso, contado a partir da caracterização do sinistro coberto.

Formulário de Aviso de Sinistro: É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

Indenização: É o valor a ser pago pela Seguradora ao Segurado ou aos seus Beneficiários na ocorrência do sinistro coberto, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

Início de Vigência: É a data a partir da qual a cobertura proposta será garantida pela Seguradora.

Liquidação do Sinistro: É o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou aos seus Beneficiários após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.

Má-fé: Agir de modo contrário a lei ou ao direito de forma proposital com a finalidade de lesar direito de terceiro.

Médico Assistente: Profissional legalmente licenciado para a prática de medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc). **Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

Período de Cobertura: Período em que o Segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados, em caso de sinistro coberto pelo Seguro.

Período Indenizável: É o período máximo, definido nas Condições Contratuais, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado fará jus ao recebimento das Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIH-AP), se contratada.

Prêmio do Seguro: É o valor a ser pago pelo Segurado à Seguradora, destinado ao custeio do Seguro, para que esta assuma a responsabilidade pelas coberturas contratadas.

Proponente: Pessoa física interessada em contratar cobertura(s) de seguro.

Regime Financeiro de Repartição Simples: É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados nesse mesmo período.

Regulação de Sinistros: Conjunto de procedimentos para a apuração das causas e circunstâncias que ocasionaram o sinistro que tem por objetivo validar a caracterização do risco.

Reintegração do Capital Segurado: É a recomposição do Capital Segurado após a liquidação do sinistro.

Representante de Seguros: Pessoa jurídica que assumir a obrigação de promover, ofertar ou distribuir produtos de seguros, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, à conta e em nome de sociedade seguradora, sem prejuízo de realização de outras atividades

Resilição do contrato: É a anulação de contrato, sem efeito retroativo, que se dá por meio de acordo firmado entre os interessados, podendo ser por ato unilateral de uma das partes.

Risco coberto: É o risco previsto no Bilhete de Seguro que caracterizará a indenização e/ou reembolso.

Riscos excluídos: São aqueles riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

Segurado: É a pessoa física efetivamente aceita pela Seguradora e incluída no Seguro.

Seguradora: É a SABEMI Seguradora S/A, sociedade legalmente constituída e devidamente autorizada pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP a comercializar Seguros no país, que, mediante o recebimento do respectivo Prêmio do Seguro garante os riscos previstos no contrato, nos termos destas Condições Gerais.

Seguro: É o contato pelo qual uma das partes fica obrigada, mediante cobrança de prêmio, a indenizar outra pela ocorrência e determinados eventos ou por prejuízos eventuais.

Sinistro: Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de Seguro.

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas deste Seguro dividem-se em básica e adicionais:

3.1.1. Cobertura Básica:

- a) Morte Acidental (MA);

3.1.2. Coberturas Adicionais:

- a) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- b) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- c) Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
- d) Diária de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente (DIH-AP);
- e) Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-AP);
- f) Despesas Diversas por Morte Acidental (DDA);

- g) Renda por Incapacidade Temporária por Acidente (RIT-AP);
- h) Funeral por Morte Acidental (FUN-MA).

3.2. As coberturas estarão descritas no Bilhete de Seguro com seus respectivos capitais segurados, sendo a contratação da cobertura de Morte Acidental obrigatória.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência direta ou indiretamente:

- a) De qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, 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;
- b) De tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- c) Do 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;
- d) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- e) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) De doenças ou acidentes preexistentes à contratação do seguro não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;
- g) Da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de um ou de outro de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- h) Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspensão;
- i) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de transportes mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) De competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- k) De cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos na vigência do seguro;
- l) De lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoa coberto;
- m) De internações decorrentes de doenças cerebrovasculares, ainda que possam ser identificadas pela expressão “acidentes vasculares cerebrais”;

- n) De perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico;
- o) Epidemias, endemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- p) De choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto;
- q) Do parto ou aborto e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto; e
- r) De hérnias de quais quer naturezas e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.

5. CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, **exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa, que deverá ser respeitada uma carência de 24 (vinte e quatro) meses**, contatos a partir do início de vigência da cobertura individual.

6. FRANQUIA

É facultado a cobrança de franquia nas coberturas de Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas, Diárias de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente, Diária de Incapacidade Temporária por Acidente e Renda por Incapacidade Temporária por Acidente conforme disposto nas Condições Especiais das Coberturas.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO

7.1. A abrangências das coberturas previstas nestas Condições Gerais se aplicam:

7.1.1. Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Diversas por Acidente (DDA) e Funeral por Morte Acidental (FUN-MA): para eventos cobertos ocorridos em todo o Globo terrestre.

7.1.2. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente (DIH-AP), Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-AP) e Renda por Incapacidade Temporária por Acidente (RIT-AP): para eventos cobertos ocorridos em território nacional.

8. DA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE

8.1. Somente poderão ser aceitas no seguro as pessoas físicas que na data da contratação do seguro tenham idade dentro dos limites e demais critérios estabelecidos pela Seguradora.

8.2. O pagamento do prêmio total do Bilhete de Seguro formaliza a contratação do seguro.

9. INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1. O seguro tem vigência mínima de 30(trinta) dias e máxima de 60 (sessenta) meses, a partir de pagamento do prêmio.

9.2. Os Bilhetes terão seu início e fim de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas, sendo que o início de vigência do Bilhete será às 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento do prêmio do seguro e o término da vigência será às 24 (vinte e quatro) horas da data informada no Bilhete de Seguro ou a data do cancelamento do Bilhete ou a data de falecimento do Segurado, o que ocorrer primeiro.

9.3. Neste seguro não haverá renovação.

10. BENEFICIÁRIOS

10.1. O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais.

10.2. O Segurado poderá a qualquer tempo, alterar a indicação de beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

10.2.1. Em caso de sinistro, será considerada a última alteração de beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

10.2.2. Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.

10.3. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente (DIH-AP), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-AP) e Renda por Incapacidade Temporária por Acidente (RIT-AP) previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado ou seu representante legal.

11. CAPITAL SEGURADO

11.1. O valor limite do capital segurado para cada cobertura contratada será estabelecido no Bilhete de Seguro.

12. PRÊMIO DO SEGURO

12.1. A forma de pagamento do Bilhete poderá ser mensal ou único e cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.

12.2. Qualquer indenização somente passa a ser devida após o pagamento do prêmio correspondente ao período de cobertura, no máximo até a data limite prevista para esse fim.

12.3. Caso a data limite para o pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

12.3.1. O recolhimento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado por meio de boleto bancário, débito em conta ou fatura de cartão de crédito, de acordo com a forma de cobrança prevista no Bilhete.

12.3.2. A data limite para pagamento do Prêmio do Seguro não poderá ultrapassar o dia especificado no Bilhete.

12.3.3. Nos casos da cobrança do prêmio por meio cartão de crédito, será responsabilidade do segurado manter os dados atualizados para lançamento da parcela para que não ocorra prejuízos à cobertura do seguro em caso de cancelamento ou validade expirada do cartão.

12.4. Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate do Prêmio do Seguro.

13. O CANCELAMENTO DO SEGURO

13.1. O não pagamento do prêmio por parte do Segurado no prazo estipulado no Bilhete de Seguro acarretará o cancelamento automático do Bilhete, observadas as condições a seguir:

13.1.1. A falta do pagamento da primeira parcela mensal ou do prêmio único do Bilhete até a data limite para pagamento, implicará no cancelamento automático do seguro desde o início de vigência, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

13.1.2. Nos seguros com pagamentos mensais, a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira no prazo estabelecido, acarretará na cobrança da(s) parcela(s) do prêmio devido acrescido de multa e juros de mora ao dia conforme permitido em lei de acordo com o subitem 13.1.2.2. a seguir, esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, permanecendo o direito dos Segurados ou seus beneficiários ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.

13.1.2.1. O prazo para o pagamento dessa parcela do prêmio em atraso será de até **60 (sessenta) dias a contar da data do vencimento original.**

13.1.2.2. O pagamento dos prêmios devidos nessas circunstâncias, será acrescido de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 0,10% (zero virgula dez por cento) ao dia.

13.1.2.3. O Segurado em atraso com o pagamento dos prêmios mensais do seguro será notificado sobre a(s) parcela(s) em atraso e cientificado de que o não pagamento da(s) parcela(s) em até 60 (sessenta) dias da data do vencimento original, acarretará o cancelamento automático do Bilhete, não havendo qualquer possibilidade de reabilitação, e neste caso, os sinistros ocorridos no período de inadimplência não terão direito a indenização.

13.2. O Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

13.3. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o Prêmio do Seguro recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

14. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

14.1. Nos Bilhetes com vigência superior 12 (doze) meses, o valor do Capital Segurado será atualizado monetariamente pela variação positiva acumulada do IGPM/IBGE (Índice Geral de Preços para o Mercado apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), com base na última publicação oficial e abrangendo o índice acumulado nos últimos 12 (doze) meses, verificado 60 (sessenta) dias anteriores ao mês de aniversário anual do seguro conforme exemplo a seguir:

- Início de vigência: mês de março de 2024
- Mês da atualização monetária: mês de março de 2025
- IGPM acumulado (12 meses) do período de 01 de janeiro de 2024 a 31 de dezembro de 2024.

14.1.1. Nos seguros com pagamento de prêmio mensal, o valor do prêmio também será reajustado monetariamente na mesma proporção do reajuste do capital segurado.

14.2. No caso de extinção do índice pactuado, a Seguradora utilizará o IPCA Índice de Preços ao Consumidor Amplo apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

15. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS

15.1. Os valores porventura devidos a título de devolução de prêmio pela Seguradora, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva acumulada do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/IBGE, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

15.1.1. No caso de cancelamento do Bilhete, os valores porventura devidos, serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

15.1.2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores de que trata este item serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

15.2. Os valores das obrigações pecuniárias da Seguradora, em relação à liquidação do sinistro, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva acumulada do Índice Geral de Preços para o Mercado IGP-M/IBGE, acrescido de juros moratórios à taxa de 12% (doze por cento) ao ano, na hipótese de não cumprimento do prazo previsto no item 16.3 para o pagamento da respectiva obrigação, observando-se que:

15.2.1. A atualização monetária será calculada com base no último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro.

15.2.2. Os juros moratórios serão devidos a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item 16.3.

15.3. No caso de extinção do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/IBGE, deverá ser utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IPCA/IBGE, ou, no caso da extinção deste, o seu substituto, devidamente previsto em Lei.

15.4. As atualizações definidas nos itens 15.1 e 15.2, serão efetuadas com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

16. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

16.1. Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA por meio dos canais existentes de comunicação: Central de Atendimento através do número 0800 880 1900, site Sabemi, no endereço www.sabemi.com.br/comunicar-sinistro ou através de correio.

16.2. Em seguida deverá ser encaminhada a documentação necessária relacionada nas Condições Especiais de acordo com a cobertura do seguro, juntamente com o formulário Aviso de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado e/ou Beneficiário. Esses documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.

16.3. Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta dias), contados da apresentação do último documento dentre aqueles solicitados pela seguradora, definidos nas Condições Especiais de cada cobertura, no item “Documentos para Regulação dos Sinistros”.

16.3.1. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nas Condições Especiais de cada cobertura, no item “Documentos para Regulação dos Sinistros”, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 16.3 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

16.3.2. Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 16.3 e 16.3.1, a Seguradora pagará multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 12% (doze por cento) ao ano, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/IBGE, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IPCA/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

16.3.2.1. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

16.3.2.2. Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora os eventuais encargos de tradução necessários para liquidação do sinistro.

16.3.2.2.1. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

16.4. Perícia da Seguradora

16.4.1.1. A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência de hospitalização, Incapacidade ou Invalidez nos termos destas Condições Gerais.

16.4.1.2. O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

16.4.1.3. Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e penais cabíveis.

16.5. Junta Médica

16.5.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade ou invalidez, a Seguradora poderá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

16.5.1.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

16.5.1.2. 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.

17. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa ao final de vigência da cobertura individual ou quando do cancelamento do Seguro ou quando do falecimento do Segurado.

17.2. Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro também nas seguintes situações:

- a) Na indenização da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado;
- b) Por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito;
- c) Automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante a vigência do contrato;
- d) Automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado e/ou corretor de seguro no ato da contratação e/ou durante a vigência do seguro.

17.3. Nos seguros de prêmio com pagamento único, quando houver o cancelamento por solicitação do Segurado conforme disposto na alínea “b” do sub item anterior, será restituído ao segurado o valor proporcional do prêmio do período não utilizado, calculado “pro rata die” a contar do dia subsequente a solicitação de cancelamento.

17.4. Nos seguros de prêmio com pagamento mensal, quando houver o cancelamento por solicitação do Segurado conforme disposto na alínea “b” do sub item anterior, o seguro será cancelado a partir do 1º dia subsequente ao mês de solicitação do cancelamento, onde eventuais sinistros ocorridos neste período estarão cobertos pelo seguro.

17.4.1. Caso ocorra a cobrança indevida de prêmio após a solicitação de cancelamento, o prêmio será devolvido ao segurado integralmente.

18. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

18.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado:

- a) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- b) Fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências;
- c) Dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- d) Inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;
- e) Não fornecimento da documentação solicitada.

18.1.1. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

18.1.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea a) do subitem 18.1 não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade Seguradora poderá:

- a) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
 - a1. Cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;
 - a2. Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:
 - b1. 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
 - b2. Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
- c) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

19. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

19.1. A Seguradora não se obriga por qualquer condição constante ou que venha a constar de estatutos, regulamentos ou instrumentos outros, que contrarie ou modifique quaisquer condições estabelecidas no Bilhete, a não ser que tenha a Seguradora prévia e expressamente concordado em sujeitar-se a tal condição.

19.2. A propaganda e a divulgação do Seguro, por parte corretor de Seguros, somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais, as Condições Especiais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, bem como os dispositivos contidos no Bilhete e a legislação normativa deste Seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações por ela autorizadas.

20. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

21. FORO

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado, conforme estabelecido no item 11, Capital Segurado, das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto pelo Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete de Seguro.

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

- 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. As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são os especificados no Bilhete de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 16. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir.

- Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo comunicante (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência do Segurado e do(s) beneficiário(s);
- Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado for o condutor na ocasião do acidente;
- Autorização de pagamento de sinistro;
- Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome de cada beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta;
- Certidão de Óbito;
- Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;
- Declaração de Herdeiros informando os nomes de todos os herdeiros do Segurado, com assinatura do declarante herdeiro reconhecida em cartório por semelhança ou autenticidade;
- Boletim de Ocorrência Policial (B.O.);
- Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima.

5. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, nas hipóteses e graus estabelecidos na Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 1.12), proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, conforme estabelecido no item 11, Capital Segurado, das Condições Gerais, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete de Seguro.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.1.1. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

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

1.2. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de Invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará, ao próprio Segurado, uma indenização, **conforme Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente, anexa às presentes Condições Gerais.**

1.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na Tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

1.4. Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

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

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

1.7. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

1.8. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por acidente.

1.9. As indenizações previstas para as coberturas Básica de Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela cobertura Básica de Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

1.10. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

1.11. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).

1.12. Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - DIVERSAS	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Fratura não-consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS SUPERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS INFERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não-consolidada de um fêmur	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros (perna)	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	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	---
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10
de 3 (três) centímetros	06
menos de 3 (três) centímetros	sem pagamento

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são especificados no Bilhete de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 16. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

4.1.1. No caso da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

- Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou Representante Legal (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência em nome do Segurado;
- Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado for o condutor na ocasião do acidente;
- Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;
- Autorização de pagamento de sinistro;
- Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta;
- Boletim de Ocorrência Policial (B.O.);
- Laudo de Exame de Corpo Delito (IML), se houver;
- Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).
- Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

5. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, em caso da perda total ou impotência funcional definitiva total de membros ou órgãos, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, em consequência de acidente pessoal coberto, durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete de Seguro.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada a invalidez permanente total quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora pagará o capital segurado em decorrência dos eventos a seguir:

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

1.3. Em caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, não caberá pagamento de indenização. Quando se tratar de lesões múltiplas, serão indenizados os casos em que o somatório dos graus de invalidez, determinados conforme Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente, seja igual ou superior a 100% (cem por cento).

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

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

1.4. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão que já não tinha sua capacidade plena antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

1.5. Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento da Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro será automaticamente cancelado.

1.6. A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos no item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, excluem-se também:

- a) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; e**
- b) **As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.**

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são os especificados no Bilhete de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 16. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

4.1.1. No caso da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

- Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou Representante Legal (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência em nome do Segurado;
- Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado for o condutor na ocasião do acidente;
- Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;
- Autorização de pagamento de sinistro;
- Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta;
- Boletim de Ocorrência Policial;

- Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho, se houver;
- Laudo de Exame de Corpo Delito (IML), se houver;
- Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

5. CANCELAMENTO DA COBERTURA

O bilhete de seguro será cancelado automaticamente após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, até o valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais e do Bilhete de Seguro.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.2. O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

1.3. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

1.4. A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser feitas mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

1.5. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado a tanto se negue.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos mencionados no item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) as despesas decorrentes de:

- a) Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- b) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.**

3. FRANQUIA

O valor da franquia quando houver, será estabelecido no Bilhete de seguro, respeitando um máximo de 30% (trinta por cento) do valor do capital contratado.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. Os Capitais Segurados serão especificados no Bilhete de Seguro.

4.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 16. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

- Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou Representante Legal (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência em nome do Segurado;
- Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado for o condutor na ocasião do acidente;
- Pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados;
- Autorização de pagamento de sinistro;
- Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta;
- Boletim de Ocorrência Policial (B.O.), se houver;

- Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho, se houver;
- Laudo de Exame de Corpo Delito (IML), se houver;
- Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- Nota Fiscal discriminando os serviços/valores em que deve constar o nome do Segurado e nome do responsável pelo pagamento das despesas juntamente com os pedidos médicos dos procedimentos realizados. Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal original o procedimento realizado conforme tabela da A.M.B.;
- Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente detalhando a natureza da lesão e o tratamento realizado.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIH-AP)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, até o valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, em decorrência de acidente pessoal coberto, limitado ao **número máximo de diárias contratada e estabelecido no certificado individual de seguro**, observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado e as demais disposições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas no item 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura, além dos eventos descritos no item 2 – DEFINIÇÕES, subitem Acidente Pessoal e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, os eventos relacionados ou ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) **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) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de Acidente Pessoal coberto;
- c) 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;
- d) 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, definido nesta cláusula.
- e) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, incluindo a gripe aviária, a meningite, a febre aftosa, bem como aquelas causadas por picadas de insetos, tais como a malária, a dengue, zika vírus, a febre chikungunya, dentre outras, não se limitando a elas;
- f) Doenças decorrentes de sequestros e suas tentativas, a doença identificada como Acidente Vascular Cerebral – AVC, 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 pessoal coberto;
- g) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
- h) Gravidez tópica ou ectópica, exceto parto ou aborto quando forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal;
- i) Cirurgia para correção de fimose;
- j) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- k) Tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- l) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- m) Cirurgias plásticas (estéticas ou não);
- n) Tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- o) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
- p) Doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados e suas respectivas vigência serão definidos e discriminados no Bilhete de Seguro respeitado as seguintes regras:

- a) Valor e vigência da diária estabelecido no Bilhete de Seguro;
- b) Limite máximo de até 360 (trinta) diárias por vigência.

4.2. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em Hospital, a contar do 1º (primeiro) dia de internação até a data da alta médica, multiplicado pelo valor da diária contratada, respeitadas as condições contratuais.

4.3. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Após o pagamento de uma indenização não haverá a reintegração das Diárias e do Capital Segurado, sendo assim, quando o valor de indenização de um ou mais sinistros atingir as diárias e/ou o capital segurado contratado, a cobertura será automaticamente cancelada, não cabendo a evolução dos prêmios já pagos.

6. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data da internação.

7. FRANQUIA

Quando houver, o período de franquia, para esta cobertura, será indicado e expressa no Bilhete, respeitando um limite máximo de 48 (quarenta e oito) horas, contado a partir do horário inicial da internação hospitalar.

8. BENEFICIÁRIOS

O beneficiário será o próprio segurado ou seu representante legal.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo próprio segurado, ou seu representante legal;
- b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado;
- c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
- e) Relatório Médico, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;

- f) Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica;
- g) Todos os exames médicos realizados;
- h) Cópia da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver;
- i) No caso do segurado ser assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
- j) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal.

9.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados no item 16 - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS das condições gerais.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT-AP)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao próprio Segurado o pagamento das diárias a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de acidente pessoal coberto, de forma contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, de acordo com o valor de Capital Segurado contratado, observado o limite máximo de diárias estabelecidos no Bilhete e o período de franquia, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais.

1.2. A incapacidade é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

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

1.3. A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 30 (trinta) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

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

1.4.1. A incapacidade decorrente de acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

1.5. As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos no item 4 - Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, excluem-se também:

- a) **Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;**
- d) **Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;**
- e) **Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;**
- f) **Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;**
- g) **Infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida (sida/aids);**
- h) **Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;**
- i) **Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer, doença de parkinson, entre outras;**
- j) **As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- k) **Transtornos mentais e psiquiátricos;**
- l) **Acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;**

- m) Lesões que não requerem atenção médica;
- n) Internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);
- o) Cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- p) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- q) Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e
- r) Quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos no Bilhete de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Não haverá a reintegração do Capital Segurado, sendo assim, quando o valor de indenização de um ou mais sinistros atingir o valor do Capital Segurado, a cobertura será cancelada.

5. FRANQUIA

5.1. O período de Franquia será estabelecido no Bilhete, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 30 (trinta) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).

5.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

6. CARÊNCIA

Não haverá aplicação de carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 16. (Procedimentos em caso de Sinistros) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou Representante Legal (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- b) Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência em nome do Segurado;
- c) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- d) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;
- e) Autorização de pagamento de sinistro;
- f) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta;
- g) Boletim de Ocorrência Policial (B.O.), se houver;
- h) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho, se houver;
- i) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- j) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- k) Declaração do hospital constando nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição dos procedimentos, tratamentos ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- l) Relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
- m) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;
- n) Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- o) Exames médicos que estejam relacionados com o evento.

7.2. No caso da cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP), prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (RIT-AP)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao próprio Segurado o pagamento a uma renda mensal a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de acidente pessoal coberto, de forma contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, de acordo com o valor da Renda contratada, observado o limite máximo de rendas estabelecidos no Bilhete e o período de franquia, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais.

1.2. A incapacidade é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

1.2.1. Pelo mesmo acidente, o número de rendas indenizadas não pode superar a quantidade contratada.

1.3. A cobertura de renda por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 30 (trinta) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições do seguro.

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

1.4.1. A incapacidade decorrente de acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

1.5. As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos no item 4 - Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, excluem-se também:

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

- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- d) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- e) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- f) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- g) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida (sida/aids);
- h) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- i) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer, doença de parkinson, entre outras;
- j) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- k) Transtornos mentais e psiquiátricos;
- l) Acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- m) Lesões que não requerem atenção médica;
- n) Internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);
- o) Cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- p) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- q) Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e
- r) Quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos no Bilhete de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcelas mensais conforme período de incapacidade do segurado.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital individual, a data do acidente.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Não haverá a reintegração do Capital Segurado, sendo assim, quando o valor de indenização de um ou mais sinistros atingir o valor do Capital Segurado, a cobertura será cancelada.

5. FRANQUIA

5.1. O período de Franquia será estabelecido no Bilhete, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 30 (trinta) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).

5.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo rendas Indenizáveis estabelecido contratualmente.

6. CARÊNCIA

Não haverá aplicação de carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 16. (Procedimentos em caso de Sinistros) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou Representante Legal (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- b) Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência em nome do Segurado;
- c) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- d) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;
- e) Autorização de pagamento de sinistro;
- f) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta;
- g) Boletim de Ocorrência Policial (B.O.), se houver;
- h) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho, se houver;
- i) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- j) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

- k) Declaração do hospital constando nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição dos procedimentos, tratamentos ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- l) Relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
- m) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;
- n) Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- o) Exames médicos que estejam relacionados com o evento.

7.2. No caso da cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente (RIT-AP), prevista nestas Condições Especiais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE ACIDENTAL (DDA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado, conforme estabelecido no item 11, Capital Segurado, das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto pelo Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete de Seguro.

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

- 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. As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são os especificados no Bilhete de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 16. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir.

- Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo comunicante (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência do Segurado e do(s) beneficiário(s);
- Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado for o condutor na ocasião do acidente;
- Autorização de pagamento de sinistro;
- Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome de cada beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta;
- Certidão de Óbito;
- Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;
- Declaração de Herdeiros informando os nomes de todos os herdeiros do Segurado, com assinatura do declarante herdeiro reconhecida em cartório por semelhança ou autenticidade;
- Boletim de Ocorrência Policial (B.O.);
- Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima.

5. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL (FUN-MA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Essa cobertura tem como objetivo garantir o reembolso dos gastos funerários até o limite da cobertura contratada, caso venha a ocorrer a morte do Segurado **decorrente de acidente**, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas das Condições.

1.1.1. A prestação de serviços ou o pagamento de reembolso de despesas com funeral não caracteriza o direito à cobertura de Morte Acidental como risco coberto pelo seguro. A indenização da cobertura de Morte Acidental estará sujeita a análise da documentação e demais circunstâncias da ocorrência do sinistro, respeitadas as demais cláusulas das Condições Gerais.

1.2. As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos definidos no item 4 - Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Funeral por Morte Acidental:

- a) **Cremação do Corpo fora do município de residência habitual do segurado;**
- b) **Transporte ou repatriamento para cremação ou sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil ou exterior.**

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados são definidos e especificados no Bilhete.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da morte do segurado.

4. CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

I. Cópia Simples

- a) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- b) Exame(s) de diagnóstico de doença que causou o Óbito se houver;
- c) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome de quem arcou com as despesas do funeral.

II. Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência.
- c) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

III. Documento Original

- a) Relatório médico devidamente assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados;
- b) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, onde deve constar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas;

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

Porto Alegre, 08 de julho de 2024.

Rodrigo Pecoraro

Rodrigo de Castro Fernandes Pecoraro
Diretor designado como responsável pelas relações com a SUSEP, nos termos do art. 1º, I, da Circular SUSEP nº 234/2003

Eliana Schwingel Diederichs

Eliana Schwingel Diederichs
Diretora Executiva de Planejamento Estratégico e Compliance