

Sabemi Seguradora S.A.

Condições Gerais

Seguro Viagem Coletivo

Grupo: Pessoas Coletivo

Código do Ramo: 0969

Sumário

1. DISPOSIÇÕES INICIAIS	4
2. OBJETIVO DO SEGURO	4
3. DEFINIÇÕES	4
4. RISCOS COBERTOS	9
5. RISCOS EXCLUÍDOS	10
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO	13
7. ELEGIBILIDADE DA COBERTURA.....	13
8. CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO	13
9. EMISSÃO DA APÓLICE e CERTIFICADO.....	15
10. CONTRATAÇÃO POR MEIOS REMOTOS	15
11. DIREITO DE ARREPENDIMENTO.....	16
12. INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	16
13. CARÊNCIA.....	17
14. FRANQUIA.....	17
15. PRORROGAÇÃO DE VIGÊNCIA.....	17
16. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS	17
17. CAPITAL SEGURADO.....	19
18. PAGAMENTO DO PRÊMIO	19
19. O CANCELAMENTO DO SEGURO.....	20
20. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS.....	20
21. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	20
22. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	21
23. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS E JUROS DE MORA	22
24. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO	23
25. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO	23
26. PRESCRIÇÃO	24
27. FORO	24
CONDIÇÕES ESPECIAIS.....	25
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE EM VIAGEM	25
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL	26

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	28
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS EM VIAGEM.....	32
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE TRASLADO DE CORPO	35
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE REGRESSO SANITÁRIO	37
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE TRASLADO MÉDICO	39
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL.....	42
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE OU DOENÇA EM VIAGEM (DIT-AD).....	44

1. DISPOSIÇÕES INICIAIS

1.1 A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.

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

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

1.4 Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos das presentes condições gerais.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. O presente seguro tem por objetivo garantir ao segurado ou seu representante legal, o pagamento de uma indenização, limitada ao capital segurado contratado, conforme o caso, na ocorrência do evento coberto, desde que relacionados e ocorridos durante o período de viagem, observados os períodos vigência do seguro, franquias, carências, os riscos excluídos e as demais regras das condições contratuais.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Aceitação: Aprovação da Proposta submetida à Seguradora para a contratação do seguro.

3.3. Acidentes Pessoais: Para fins deste seguro, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte ou a Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado ou torne necessário tratamento médico.

a) Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal:

- i. Suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de pagamento do Capital Segurado, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- ii. Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- iii. Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- iv. Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros, dos quais o Segurado seja a vítima;

- v. Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

b) Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste Seguro:

- i. As doenças (incluídas as profissionais), moléstias ou enfermidades, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- ii. As intercorrências ou complicações resultantes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes não cobertos;
- iii. As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relações de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Lesões Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, os similares que venham a ser aceitos pela classe médico- científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- iv. 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 da invalidez por acidente pessoal, definida nesta Condição Geral.

3.4. Agravamento do Risco: Circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do Risco inicialmente assumido pela Seguradora.

3.5. Âmbito Geográfico: Termo que determina o território de abrangência de uma determinada Cobertura ou a extensão na qual o seguro ou a Cobertura é válida.

3.5. Apólice: Documento que formaliza o Contrato de Seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade Seguradora e do Segurado e discriminando as garantias contratadas.

3.6. Atividade Profissional: É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência, mediante remuneração.

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

3.8. Auditoria Médica: É a avaliação feita por um médico da Seguradora a qual o Segurado se submete para fins de comprovação do Sinistro.

3.9. Aviso de Sinistro: Comunicação da ocorrência de um Sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

3.10. Bagagem: É todo volume acondicionado em compartimento fechado, comprovadamente sob responsabilidade da companhia aérea. Não será considerada, para efeito deste seguro, a bagagem não despachada, transportada com o segurado (bagagem de mão).

3.11. Beneficiário: É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais Segurados, na hipótese de ocorrência do Sinistro.

3.12. Cancelamento: Ato pelo qual a Apólice será cancelada antes da data prevista para término de sua vigência.

3.13. Capital Segurado: É o capital máximo a ser pago na ocorrência do Sinistro, ao Segurado ou Beneficiário do seguro, em função do valor estabelecido para cada Cobertura contratada, vigente na data do evento.

3.15. Certificado Individual: 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.

3.16. Coberturas: São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um Evento Coberto, observadas as condições e os limites contratados.

3.17. Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, quando houver, e da Apólice.

3.18. Condições Especiais: Conjunto das disposições específicas relativas a cada Cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

3.19. Condições Gerais: Conjunto de cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou Coberturas contratuais de um plano de seguro, que estabelecem obrigações e direitos das partes contratantes.

3.20. Contrato de Seguro: Contrato que estabelece para uma das partes a obrigação de pagar, mediante pagamento (Prêmio) pela outra parte, determinado valor, no caso de ocorrência de um Sinistro. É constituído de dois documentos principais, a saber, a proposta e a apólice. Na proposta, o candidato ao seguro fornece as informações necessárias para a avaliação do Risco, e, caso a Seguradora opte pela Aceitação do mesmo, é emitida a apólice, formalizando o contrato.

3.21. Corretor de Seguros: É o profissional escolhido diretamente pelo Estipulante, legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Privado.

3.24. Doença de Caráter Súbito: É o evento mórbido (de causa não acidental) que requeira tratamento médico, por parte de um profissional devidamente habilitado, cuja manifestação ou contração ocorra durante a Viagem Segurada e no período de vigência da Apólice.

3.25. Doenças e/ou Lesões Preexistentes: São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, de conhecimento do Proponente e não declaradas na Proposta de Adesão.

3.26. Dolo: Artifício fraudulento empregado para obrigar a seguradora a algo que não assumiu. É a vontade deliberada de produzir o dano, assim como a culpa grave, sendo este um risco excluído de qualquer contrato de seguro.

3.27. Emergência: Situação em que o segurado necessita de atendimento imediato, pois existe risco de morte.

3.28. Endosso: É o documento através do qual se formaliza qualquer eventual alteração na Apólice.

3.29. Estipulante: Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor.

3.30. Evento Coberto: É o acontecimento futuro e de data incerta, de natureza súbita involuntária e imprevisível, descrito nas garantias desta Condição Geral e demais Condições Contratuais e ocorrido durante a Vigência do Seguro.

3.31. Final de Vigência: Data final para cobertura de ocorrência de Riscos, especificada em uma apólice de seguro.

3.32. Foro: No Contrato de Seguro, refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do contrato.

3.34. Fraude: Obtenção, para si para outrem, de vantagem ilícita, financeira ou material, em prejuízo alheio, mantendo ou até **induzindo** alguém em erro, mediante ardil, artifício ou qualquer outro meio que possa enganar.

3.35. 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 convalescença para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora.

3.36. Indenização: É o valor devido pela Seguradora ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um Evento Coberto, respeitadas as condições e os limites contratados em cada cobertura.

3.37. Início de Vigência: É a data a partir da qual as Coberturas de Risco serão garantidas pela seguradora.

3.38. Liquidação de Sinistro: Pagamento da Indenização (ou reembolso) relativa a um Sinistro.

3.39. Local de Residência: É o endereço de residência ou domicílio permanente do segurado, constante na Proposta de Adesão.

3.40. Má-Fé: Agir de modo contrário à lei ou ao direito, fazendo-o propositadamente.

3.41. Médico Assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, em linha reta ou na colateral, até terceiro grau, amigo íntimo, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

3.42. Membro da Família: Serão considerados membros da família: pai, mãe, irmãos, cônjuge, filhos e enteados do segurado.

3.44. Plano Contratado: Consiste nas diversas categorias e/ou modalidades disponibilizadas pela Seguradora para comercialização, referentes a garantia deste seguro.

3.45. Prêmio: É o valor pago pelo Segurado à Seguradora para garantir o Risco contratado, desde que coberto.

3.46. Processo SUSEP: É o número de registro do produto a ser comercializado pela Seguradora na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

3.47. Proponente: É a pessoa física, que manifesta interesse em contratar as Coberturas do Seguro, mediante preenchimento e protocolo da Proposta de Contratação na Seguradora.

3.48. Proposta de Contratação: É o documento que contém a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do Risco, em que o Proponente expressa a intenção de contratar uma Cobertura (ou Coberturas), manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais.

3.49. Regime Financeiro de Repartição Simples: Estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse mesmo período.

3.50. Renovação: O conjunto de normas e procedimentos a serem cumpridos, para que se efetive a continuidade do contrato.

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

3.52. Risco Coberto: Risco, previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem a Indenização e/ou reembolso ao Segurado.

3.53. Riscos Excluídos: São aqueles Riscos não cobertos pelo Plano de Seguro, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais.

3.54. Segurado: É o Proponente que foi aceito e incluído no plano de seguro pela Seguradora.

3.55. 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.

3.56. Seguro Contributário: Seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade do segurado, podendo este ser pago totalmente ou parcialmente pelo segurado.

3.57. Seguro Não Contributário: Seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do estipulante.

3.58. Sequela: Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

3.59. Sinistro: Ocorrência do Risco Coberto, durante o período de Vigência do Seguro.

3.60. Traslado: Ato ou efeito de transportar de um lado para o outro.

3.61. Urgência: Situação onde o segurado necessita de atendimento, não caracterizado como emergência, podendo aguardar o atendimento de casos emergenciais.

3.62. Viagem Aérea, Marítima ou Terrestre: Viagens realizadas por qualquer meio de transporte pago de passageiros, seja aéreo, marítimo ou terrestre, operado com licença válida, com rotas e horários regulares, desde que o Segurado não seja membro da tripulação. Não se incluem nesta definição o transporte individual de passageiros, como exemplo, motocicletas, além de meios de transporte sem fiscalização, como embarcações.

3.63. Viagem Segurada: É o período de viagem, constante na Apólice do Seguro, com data de início e de término, previamente determinado na proposta de contratação e proposta de adesão.

3.64. Vigência do Seguro: É o período contínuo de tempo fixado na Apólice durante o qual está em vigor o Contrato de Seguro.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Este Seguro garante ao Segurado, seu ou seu(s) beneficiários o pagamento de uma indenização em consequência da ocorrência de um risco coberto até o valor do Capital segurado indicado na Apólice e/ou no Certificado Individual de Seguro.

4.2. É facultada ao proponente a escolha das coberturas do seguro, respeitando as regras de conjugação descritas nos subitens 4.2.1, 4.2.2. e 4.2.3. seguintes, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das seguintes coberturas descritas em 4.2.4.

4.2.1. A cobertura de Traslado de Corpo (TC) não poderá ser contratada isoladamente.

4.2.2. A cobertura de Diária de Incapacidade Temporária (DIT) somente poderá ser contratada quando contratada a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas em viagens (DMHO).

4.2.3. Coberturas

- a) Morte em Viagem (M);
- b) Morte Acidental em Viagem (MA);
- c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Viagem (IPA);
- d) Traslado de Corpo em Viagem (TC);
- e) Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas em viagens (DMHO).
- f) Regresso Sanitário (RS);
- g) Traslado Médico (TM);
- h) Funeral (FUN); e
- i) Diária de Incapacidade Temporária (DIT).

4.3. O segurado, seu representante legal ou seu beneficiário poderá escolher os prestadores de serviço a sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado contratado.

4.4. Não haverá período de carência para sinistros ocorridos durante a vigência da apólice.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. O presente seguro não cobrirá eventos decorrentes direta ou indiretamente de:

- a) Uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, fissão ou fusão nuclear, radiação nuclear, lixo nuclear decorrente do uso de combustível nuclear, explosivos nucleares ou qualquer arma nuclear, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Epidemias e pandemias, desde que declaradas pelos órgãos competentes;
- d) Doação e transplante intervivos;
- e) Suicídio, ou da sua tentativa, ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência inicial do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso; e
- f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário, ou pelo representante legal, de um ou de outro, sócios controladores, dirigentes e administradores do estipulante pessoa jurídica ou pelos respectivos representantes.

5.2. Também ficam excluídos os Acidentes e/ou eventos decorrentes de:

- a) Competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;
 - a.1. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes, ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;
- b) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- c) De quaisquer acidentes citados nas alíneas “a” e “b” do item anterior;
- d) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte ou incapacidade do Segurado provier de meio de transporte mais arriscado;
- e) Quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro;
- f) Do Segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.
- g) Transporte individual de passageiros, como exemplo, motocicletas, além de meios de transporte sem fiscalização, como embarcações.

5.3. Estão também Excluídos das coberturas deste seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em consequência de evento coberto, decorrentes de:

- a) Danos morais e estéticos: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente Apólice as indenizações por DANOS MORAIS E ESTÉTICOS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.
 - a.1. Dano estético é todo e qualquer dano físico/corporal causado a pessoas que embora não acarretando sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética.
 - a.2. Dano moral é toda e qualquer ofensa ou violação que, mesmo sem ferir ou causar estragos ao patrimônio material de uma pessoa, ofenda seus princípios e valores de ordem moral, relacionados à sua honra, seus sentimentos a sua dignidade, como também de sua família.
 - a.3. Quando proveniente de ação judicial, ficará à critério do juiz o reconhecimento da existência de tal dano, bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, que deverá ser direcionada contra o efetivo causador do dano.
- b) Danos materiais: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente Apólice as indenizações por DANOS MATERIAIS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.
 - b.1. A referida exclusão de Danos Materiais não se aplica aos eventos contemplados na Condição Especial da Cobertura de Danos de Bagagem.
 - b.2. Dano material é todo e qualquer dano que atinge diretamente o patrimônio das pessoas e pode ser configurado por uma despesa que foi gerada por uma ação ou omissão indevida de terceiros, caracterizando a necessidade de reparação material.

- c) Lucros cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável.
- d) Prejuízos decorrentes pela diferença ou perda de pontos (milhas) ou programas de fidelidade oferecidos por companhias aéreas.

5.4. Não se consideram Riscos Excluídos os eventos decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5.5. Além dos Riscos no subitem 5.1. anterior, excluem-se problemas de gravidez após o 7º mês (28ª semana) de gestação, quando decorrentes de doença; exames de pré-natal e o parto. Também estão excluídas situações decorrentes de doença que ensejem problemas de gravidez antes do 7º mês (28ª semana) ou em gestações consideradas de risco pelos exames pré-natais (clínicos e para-clínicos) e, ainda, problemas ocasionados por interrupção voluntária de gravidez e/ou complicações decorrentes desta.

5.5.1. Serão cobertos episódios de crise quando gerado quadro clínico de emergência ou urgência, das despesas relacionadas à estabilização do quadro clínico da segurada que lhe permita continuar a viagem ou retornar ao local de sua residência, não havendo cobertura para a continuidade e controle de tratamentos anteriores.

5.6. Estão excluídos os Acidentes e/ou enfermidades decorrentes da prática de qualquer atividade esportiva radical ou turismo de aventura, que implique direta ou indiretamente em risco a vida, saúde e integridade física do Segurado, seja tal prática amadora ou profissional, incluindo, mas não se limitando a:

5.6.1. Atividades na Terra: Aggressive Inline, Alpinismo, Arvorismo, Automobilismo, Biatlo, BMX, Bungee Jump, Caça, Cachoeirismo, Canionismo, Caminhada de um dia (hiking), Caminhada de longo curso (Trekking), Carveboard, Cavalgadas, Cicloturismo, Ciclismo, Corridas, Escalada, Espeleoturismo (Horizontal e Vertical), Esportes de Combate (Todo tipo de luta), Freestyle Scooter, Montanhismo, Mountain Bike, Mountain Board, Motocross, Orientação, Paintball, Parkour, Patinação, Quadriciclo, Rapel, Roller Derby, Sandboard, Slackline, Snakeboard, Skateboard, Snowboard, Snowmobile, Tirolesa, Triathlon, Tricking, Wheelie e qualquer outra atividade terrestre utilizando algum animal, veículos motorizados ou a vela.

5.6.2. Atividades na Água: Acquaride, Bodyboard, Bóia-Cross, Caiaque, Canoagem, Duck, Flutuação (Snorkeling), Kitesurf, Longboarding, Mergulho, Rafting, Skimboard, Stand up paddle surfing, Wakeboard, Waveski, Windsurf e qualquer outra atividade aquática realizada com veículos movidos a remo, vela ou motor.

5.6.3. Atividades no Ar: Balonismo, Corrida Aérea, Paraquedismo, Voo Livre (Asa-Delta, Parapente e similares) e qualquer outra atividade aérea realizada com veículos movidos à vela (asa) ou motorizados.

5.7. Estão excluídos Acidentes e/ou enfermidades decorrentes de quaisquer práticas de esportes de inverno, que não sejam praticados em pistas/locais regulamentados e autorizados.

5.8. Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, situação em que este perderá o direito à garantia do seguro, conforme disposto no artigo 768 do Código Civil.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

6.1. Quando contratada cobertura para viagens nacionais, o presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos em viagens ocorridas em todo no território brasileiro conforme disposto na apólice e/ou certificado

6.2. Quando contratada cobertura para viagens internacionais, o presente seguro garante eventos cobertos ocorridos em viagens internacionais nos países cobertos pelo seguro.

6.3. Não haverá cobertura para eventos decorrentes de viagens de motocicleta na América Latina.

7. ELEGIBILIDADE DA COBERTURA

7.1. São elegíveis a contratação do seguro para viagens com duração mínima de 2 (dois) dias e máxima de até 120 (cento e vinte) para proponentes com até 65 (sessenta e cinco) anos completos na data do início da viagem.

7.2. Para viagens com duração mínima de 120 (cento e vinte) dias e máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias são elegíveis para contratação do seguro proponentes com até 60 (sessenta) anos completos na data do início da viagem.

8. CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1. A celebração, alteração ou renovação não automática deste Seguro somente poderá ser feita mediante proposta de contratação assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado.

8.1.1. A adesão dos segurados à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura da proposta de adesão, pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado contendo os elementos essenciais para análise do risco conforme dispuser a legislação em vigor.

8.1.2. A adesão dos segurados ao seguro poderá ser:

- a) Diretamente junto à Seguradora ou ao seu Representante de Seguros;
- b) Por intermédio de um corretor de seguros devidamente habilitado; ou
- c) Por meio de um estipulante.

8.2. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias contados da data do recebimento da proposta para manifestar-se expressamente sobre a sua aceitação, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do valor da diária ou do risco.

8.2.1. A Seguradora poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação do risco ou alteração proposta, uma única vez. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 8.2 anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais.

8.3. Nos casos em que a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, os prazos previstos no subitem 8.2. anterior serão suspensos, até que o ressegurador se manifeste formalmente sobre a aceitação.

8.3.1. Na hipótese prevista no subitem 8.3. anterior, é vedada a cobrança de prêmio total ou parcial, até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta.

8.4. A Seguradora procederá obrigatoriamente à manifestação expressa sobre a aceitação da proposta, e no caso de não aceitação, justificando a recusa.

8.4.1. A ausência de manifestação da Seguradora nos prazos previstos acima caracterizará a aceitação tácita da proposta.

8.4.2. Quando ocorrer a emissão da apólice e/ou certificado individual dentro do prazo previsto no sub item 8.2. anterior, o subitem 8.4 se torna nulo.

8.5. Nos casos de recepção da proposta com pagamento total ou parcial do prêmio, será concedido uma cobertura provisória até a data da manifestação expressa da sua aceitação, e quando aceita, o período de cobertura provisória será incorporado na vigência efetiva da apólice.

8.6. Em caso recusa do risco onde tenha havido pagamento total ou parcial do prêmio, a cobertura provisória será encerrada automaticamente às 24:00 (vinte e quatro) horas da comunicação da recusa, onde o valor do prêmio pago será restituído no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura provisória.

8.7. A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:

- a) a data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;
- b) a data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou
- c) a data de término do prazo previsto no subitem 8.2., quando caracterizada a aceitação tácita da proposta prevista em 8.4.1.

8.8. Alteração da natureza do Risco

8.8.1. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à(s) cobertura(s) contratada(s), se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé.

8.8.2. A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a Cobertura ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.

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

8.8.2.2. Nos casos de seguros com pagamento de prêmio mensal, não haverá qualquer restituição de Prêmio.

9. EMISSÃO DA APÓLICE e CERTIFICADO

9.1. A emissão e o envio e/ou disponibilização ao segurado, por meio físico ou remoto, da apólice, da apólice de averbação, do endosso e do certificado individual serão efetuados em até 15 (quinze) dias partir da data de aceitação da proposta

9.2. A Seguradora providenciará, obrigatoriamente, a emissão e envio do certificado individual no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes (quando houver).

10. CONTRATAÇÃO POR MEIOS REMOTOS

10.1. A contratação do seguro poderá ser realizada por meios remotos, e na forma estabelecida pela legislação específica.

10.2. A Apólice e/ou Certificado Individual será emitida com base nas declarações prestadas, na Proposta de Contratação e/ou Proposta de Adesão e devidamente assinadas eletronicamente. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela Seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

10.3. Se os dados da Apólice e/ou Certificado Individual estiverem diferentes dos informados na Proposta de Contratação e/ou Proposta de Adesão, deverá ser solicitado 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 e/ou Certificado Individual.

10.4. As exigências para aceitação dos proponentes serão estabelecidas contratualmente.

11. DIREITO DE ARREPENDIMENTO

11.1. Nos seguros contratados através de Meios Remotos e/ou por Representante de Seguros, o Segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da data da emissão da Apólice.

11.2. Caso o segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item, serão devolvidos, de imediato.

11.2.1. O segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

11.2.2. A Seguradora, ou seus Representantes de Seguro, e o Corretor de Seguros habilitado, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.

11.2.3. A devolução será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela Seguradora e expressamente aceitos pelo Segurado.

12. INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

12.1. A apólice vigorará por um período mínimo de 2 (dois) dias e máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias conforme descrito na apólice e/ou certificado.

12.2. Os Certificados terão seu início e fim de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas, ou a data do cancelamento do Certificado ou a data de falecimento do Segurado, o que ocorrer primeiro.

12.3. RENOVAÇÃO

12.3.1. As apólices com vigência mínima de 1 (um) ano ou mais, poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, sendo as renovações posteriores realizadas de forma expressa, exceto nos planos coletivos, nestes casos a Seguradora e/ou Estipulante comunicarem o desinteresse na continuidade do plano com 60 (sessenta) dias de antecedência.

12.3.2. A renovação automática a que se refere o subitem 12.4.1 anterior não se aplica aos segurados com adesão individual na apólice ou certificados, nestes casos não haverá renovação.

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

13. CARÊNCIA

13.1. Não Há

14. FRANQUIA

14.1. Quando houver será descrita na Apólice e no certificado de seguro.

15. PRORROGAÇÃO DE VIGÊNCIA

15.1. Em caso de impossibilidade do retorno do segurado por evento coberto, o prazo de vigência das coberturas se estenderá, automaticamente, até o retorno do segurado ao local de domicílio ou de início da viagem, respeitando os limites de capitais segurados contratados.

15.2. Caso o segurado decida ou precise permanecer em viagem por tempo superior ao estabelecido na Apólice contratada, poderá fazer nova contratação se obedecidas as condições a seguir:

15.2.1. A nova contratação deverá ocorrer antes do término da vigência do Certificado;

15.2.2. O início de vigência do novo período será imediatamente após o término da vigência atual, desde que a solicitação da nova contratação seja feita com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas. Caso contrário haverá um intervalo de 48 (quarenta e oito) horas entre a data do pedido de contratação e o início da nova vigência;

15.2.3. Será permitida uma única nova contratação de vigência;

15.2.4. A nova vigência poderá ser de no máximo 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias; e

15.2.5. O segurado deverá pagar pelo prêmio da nova contratação de acordo com as coberturas e período escolhido.

16. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

16.1. É expressamente vedada a atuação como Estipulante deste Seguro:

- a) Corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes; e
- b) Seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.

16.2. A vedação estabelecida no subitem 16.1 anterior não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.

16.3. Não é considerada estipulante a pessoa jurídica que, sem ter subscrito proposta de contratação, tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável exclusivamente pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na folha de pagamento do respectivo segurado e o consequente repasse em favor da Seguradora.

16.4. É expressamente vedado ao Estipulante:

- 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, $\frac{3}{4}$ (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 garantia direta a estes produtos.

16.5. São obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por àquela, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados;
- 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 a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- h) comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, 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 estabelecido;
- 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 cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

- m) comunicar formal e expressamente à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e segurados, e/ou da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que silenciou de má-fé.

17. CAPITAL SEGUADO

17.1. O valor limite do capital segurado para cada cobertura contratada será estabelecido no Certificado de Seguro conforme segue:

17.1.1. Para viagens nacionais, o valor do Capital Segurado discriminado no Certificado e será expresso em moeda corrente nacional.

17.1.2. Para viagens internacionais, o valor do Capital Segurado discriminado no Certificado para as coberturas que prevejam o reembolso ou o pagamento de indenização relacionado a despesas efetuadas pelo Segurado no exterior serão expressos em moeda estrangeira.

17.2. O valor do Capital Segurado contratado não poderá ser alterado em época alguma.

18. PAGAMENTO DO PRÊMIO

18.1. O Prêmio do Seguro será pago à vista em moeda corrente nacional.

18.2. Para viagens internacionais, o valor do Prêmio será em moeda corrente nacional, convertido na data da contratação utilizando o câmbio de venda do Dólar Comercial do fechamento do dia anterior, com base no disposto nas regras específicas do Conselho Monetário Nacional - CMN e do Banco Central do Brasil – Bacen.

18.3. A forma de pagamento do Seguro será no formato único.

18.4. 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. 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.

18.5. 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 na Proposta.

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

18.7. Caso não haja o pagamento do prêmio na data das Condições Contratuais, a contratação do Seguro não estará concretizada, não existindo qualquer tipo de cobertura securitária, em momento algum.

19. O CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. O não pagamento do prêmio por parte do Segurado no prazo estipulado no Certificado de Seguro acarretará o cancelamento automático do Seguro.

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

19.3. 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.

20. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURO E PRÊMIOS

20.1. Anualmente os valores dos limites de capitais segurados em seus respectivos prêmios serão corrigidos monetariamente conforme disposto no item 23 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS E JUROS DE MORA.

20.2. O valor do Capital Segurado e dos Prêmios do Seguro dos certificados individuais não sofrerão atualização monetária, tendo em vista que não está prevista a renovação para os certificados individuais.

21. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

21.1. Em caso de sinistro, decorrente de evento coberto, o segurado deverá solicitar posterior reembolso das despesas cobertas, 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.

21.2. Pedido de Indenização ou Reembolso

21.3. Para solicitação de indenização ou de reembolso, o Segurado ou seus Beneficiários deverão comunicar a ocorrência do Sinistro à Seguradora, por meio do formulário próprio de aviso de sinistro, ou, na falta deste, por qualquer meio de comunicação idôneo, porém não desobrigando o segurado, seu representante ou beneficiários a apresentar posteriormente o formulário próprio de aviso de sinistro preenchido.

21.4. Para a análise do sinistro, a seguradora solicitará documentos básicos de acordo com a natureza do sinistro e das coberturas contratadas.

21.4.1. O Aviso de Sinistro deverá ser acompanhado, conforme a natureza do evento, dos documentos básicos relacionados na Condição Especial de cada Cobertura.

- 21.5. Após a entrega da documentação básica exigida pela Seguradora, o prazo máximo para a liquidação do Sinistro será de 30 (trinta) dias.
- 21.6. As documentações básicas anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar documentos complementares para análise e elucidação do Sinistro. Quando isso ocorrer, o prazo para liquidação do sinistro ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 21.7. Para as coberturas que prevejam o reembolso das despesas, este fica condicionado a efetiva comprovação da ocorrência dos eventos cobertos.
- 21.8. Para as coberturas que prevejam o reembolso das despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.
- 21.9. Nos casos em que houver divergência para pagamento da Cobertura Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, a Seguradora proporá ao Segurado a constituição de junta médica, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias.
- 21.10. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado para cada Cobertura, quando da liquidação dos Sinistros:
- a) Morte (M) – a data do óbito.
 - b) Morte Acidental (MA) - a data do Acidente.
 - c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) - a data do Acidente.
 - d) Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas em viagens (DMHO) - a data constante dos documentos que comprovem a necessidade do pagamento das despesas pelo segurado.
 - e) Traslado de Corpo (TC) – a data da morte do segurado.
 - f) Regresso Sanitário (RS) - a data constante dos documentos que comprovem a necessidade da despesa com o regresso sanitário.
 - g) Traslado Médico (TM) - a data constante dos documentos que comprovem a necessidade da despesa com o traslado médico.
 - h) Funeral (FUN) – a data da morte do segurado.
 - i) Diária de Incapacidade Temporária (DIT) - a data do afastamento, mediante comprovação por laudo médico.

22. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 22.1. O Capital Segurado será pago em moeda corrente nacional.
- 22.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

22.3. O Capital Segurado da Cobertura de Morte Acidental (MA) será pago de forma integral, já a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) poderá ser paga de forma integral ou proporcional, dependendo do grau da lesão apurada, conforme tabela para cômputo de invalidez prevista na Condição Especial da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

22.4. O pagamento do capital Segurado mediante reembolso de despesas será realizado em moeda corrente nacional, respeitando-se o capital Segurado de cada cobertura contratada, estabelecido em moeda nacional ou estrangeira, conforme definido na contratação e constante no Certificado de Seguro.

22.5. Para pagamento de reembolso de despesas efetuadas no exterior em moeda estrangeira, o valor será convertido em moeda corrente nacional, com base na data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, utilizando o câmbio de venda do Dólar Comercial do fechamento do dia anterior, com base no disposto nas regras específicas do Conselho Monetário Nacional - CMN e do Banco Central do Brasil – Bacen.

22.6. Se o pagamento do Capital Segurado ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias de toda a documentação entregue estipulado para a liquidação do Sinistro, aplicar-se-á, desde a data do evento, correção monetária conforme previsto no item 23. Atualização Monetária das Obrigações Pecuniárias e Juros de Mora.

23. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS E JUROS DE MORA

23.1. Atualização Monetária

23.1.1. Os valores devidos a título obrigações pecuniárias estão sujeitas a atualização monetária pela variação positiva do IGP-M-IBGE (índice de geral de preços de mercado – do instituto brasileiro de estatística) IPC-A-IBGE (índice de preços ao consumidor amplo – do instituto brasileiro de estatística) a partir da data da data em que se tornarem exigíveis.

23.1.2. A atualização monetária será calculada com base no último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária, e aquele publicado imediatamente anterior a data efetiva do pagamento.

23.1.3. No caso de extinção do índice pactuado, será utilizado o do IPC-A-IBGE (índice de preços ao consumidor amplo – do instituto brasileiro de estatística) como índice substituto para atualização das obrigações pecuniárias.

23.2. Mora

23.2.1. No caso de não cumprimento dos prazos previstos, além da atualização monetária, serão devidos juros de 6% (seis por cento) ao ano, contados partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para a liquidação da obrigação pecuniária.

24. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

24.1. 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.

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

- a) Na indenização da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPA) 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.

25. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

25.1. 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
- e) Não fornecimento da documentação solicitada.

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

25.1.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea “a” do subitem 25.1 não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade Seguradora poderá:

- a) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
 - a.1. Cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;
 - a.2. 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:
 - b.1. 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

- b.2. 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.

26. PRESCRIÇÃO

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

27. 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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE EM VIAGEM (M)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, desde que relacionados e ocorridos durante o período de viagem, observados os períodos vigência do seguro, franquias, carência, os riscos excluídos e as demais regras das condições contratuais decorrente de evento coberto durante o período da Viagem Segurada.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item Riscos Excluídos das Condições Gerais e Condições Contratuais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados estarão especificados na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual 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 falecimento.

3.4. Para menores de 14 (quatorze) anos esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, limitado ao valor do Capital contratado para a cobertura.

4. CARÊNCIA

4.1. Não há

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. 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 do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

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. 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.

6. REINTEGRAÇÃO

6.1. Não há

7. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte acidental do segurado, desde que relacionados e ocorridos durante o período de viagem, observados os períodos vigência do seguro, franquias, carência, os riscos excluídos e as demais regras das condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

1.2. As definições estão previstas nas Condições gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Cobre a morte acidental do Segurado desde que a morte tenha ocorrido exclusivamente durante a Viagem Segurada e dentro do período de Vigência do Seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Não está coberta a morte acidental do Segurado se esta for decorrente de eventos mencionados no item, “Riscos Excluídos”, ou no item, “Perda de Direito ao Capital Segurado”, previstos nas Condições Gerais ou Condições Contratuais do seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro definido na apólice para esta cobertura será de acordo com o Plano contratado.

5.2. Para menores de 14 (quatorze) anos esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, limitado ao valor do Capital contratado para a cobertura.

5.3. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.4. Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1. Após o pagamento de indenização por morte acidental, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

6.2. Extingue-se ainda a cobertura, sem restituição dos Prêmios, no final do prazo de vigência.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. 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:

- a) Aviso de Sinistro, preenchido e assinado pelo Beneficiário.
- b) Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- c) Certidão de casamento (com data atualizada, ou seja, extraída após o óbito constando as devidas averbações), RG e CPF falecido (cópia simples);
- d) Declaração de únicos herdeiros (original com reconhecimento de firma dos declarantes);

- e) Certidão de Nascimento (se menor), RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s). Em se tratando de Beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessária cópia simples do CPF;
- f) Boletim de Ocorrência Policial (cópia autenticada).;
- g) Laudo de Necropsia (cópia autenticada);
- h) Laudo do 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado, quando necessário;
- i) Termo de reconhecimento de cadáver (quando o caso exigir);
- j) Carteira Nacional de Habilitação do falecido se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo.
- k) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento.
- l) Formulário Original de Registro de Informações Cadastrais.

7.1.1. Caso o Segurado tenha companheira(o) reconhecida(o) no órgão previdenciário, deverá ser enviado o respectivo documento que comprove tal vínculo marital, e/ou Escritura Pública de Declaração informando quanto tempo o companheiro(a) conviveu maritalmente com o Segurado e se essa união perdurou até o falecimento deste.

8. REINTEGRAÇÃO

8.1. Não há

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir ao próprio Segurado o pagamento do capital segurado contratado relativo à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, decorrente de acidente coberto, durante o período da viagem segurada, conforme tabela de Invalidez permanente constante nesta Condição Especial.

2. DEFINIÇÕES

2.1. As definições estão previstas nas Condições gerais do seguro.

2.2. Para efeito desta Condição Especial, considera-se acidente pessoal a definição dada no item, Definições, das Condições Gerais:

2.2.1. Acidentes Pessoais

Para fins deste seguro, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte ou a Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado ou torne necessário tratamento médico.

a) Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal:

- i. Suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de pagamento do Capital Segurado, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- ii. Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- iii. Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- iv. Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros, dos quais o Segurado seja a vítima;
- v. Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

b) Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste Seguro:

- i. As doenças (incluídas as profissionais), moléstias ou enfermidades, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- ii. As intercorrências ou complicações resultantes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes não cobertos;
- iii. As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relações de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Lesões Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, os similares que venham a ser aceitos pela classe médico- científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- iv. 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 da invalidez por acidente pessoal, definida no item 1.1.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Cobre a Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado causada por acidente pessoal coberto, durante o período da Viagem Segurada e dentro do período de Vigência do Seguro, desde que esteja terminado o tratamento e esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e, quando da alta médica definitiva, a invalidez permanente esteja avaliada e constatada.

- 3.2. O pagamento do Capital Segurado corresponderá aos percentuais descritos na tabela a seguir, de acordo com grau de invalidez permanente, sendo esse percentual aplicado sobre o Capital Segurado contratado da Cobertura de Invalidez Permanente total ou Parcial por Acidente.

IMPORTANTE:

- I. A reintegração do Capital Segurado é automática após cada acidente, sem a cobrança de Prêmio adicional, desde que a invalidez seja parcial.
- II. Não estando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o Capital Segurado por perda parcial é calculado pela aplicação, à percentagem prevista na tabela supracitada, para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- III. Na falta de indicação do percentual de redução informando-se apenas o grau dessa redução como máximo, médio ou mínimo, o Capital Segurado será calculado, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).
- IV. Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na tabela, o Capital Segurado será estabelecido de acordo com a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.
- V. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, o Capital Segurado será calculado somando-se os respectivos percentuais, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado previsto para essa Cobertura. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma dos percentuais correspondentes não poderá exceder ao Capital Segurado previsto para sua perda total.
- VI. A perda ou agravo da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do Capital Segurado. Nessas condições, será deduzido do grau da invalidez definitiva o grau da invalidez preexistente devidamente comprovada por laudo médico e resultados de exames que demonstrem a perda funcional atestando o grau da preexistência.
- VII. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito ao Capital Segurado desta Cobertura.
- VIII. A constatação da Invalidez Permanente por Acidente se fará através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialização da lesão e resultados de exames que demonstrem a perda funcional.
- IX. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Não está coberto a Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado se esta for decorrente de eventos mencionados no item, Riscos Excluídos, ou no item, Perda de Direito ao Capital Segurado, das Condições Gerais do seguro.
- 4.2. Além das exclusões previstas no item anterior também estão excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente os eventos decorrentes de:

- a) Perda de dentes e danos estéticos;
- b) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
- c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- d) Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado definido na apólice para esta cobertura será de acordo com o Plano contratado.
- 5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.
- 5.3. Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.
- 5.4. Se, depois de pagar a indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado da garantia por morte.
- 5.5. O capital segurado das coberturas de morte e invalidez permanente total por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 6.1. Após o pagamento de indenização por Invalidez Total por Acidente, ficará a presente cobertura cancelada e sem mais nenhum efeito.
- 6.2. Extingue-se ainda a cobertura, sem restituição dos Prêmios, no final do prazo de vigência.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 7.1. 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:
 - a) Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado;
 - b) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente;
 - c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado.
 - d) Atestado de Alta Médica definitiva, informando as Sequelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membros lesados, inclusive o percentual (original);

- e) Resultados de todos os exames realizados pelo Segurado em que sejam demonstradas as lesões de origem traumática;
- f) Boletim de Ocorrência Policial se for o caso;
- g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo (cópia autenticada); e
- h) Autorização para crédito em conta corrente.

Em caso de herdeiros:

- a) Declaração de herdeiros;
- b) Certidão de casamento ou de certidão pública de união estável ou de união homoafetiva atualizada;
- c) RG/CPF/comprovante de residência/de dados bancários e formulário autorização de pagamento preenchido por cada um dos herdeiros

8. REINTEGRAÇÃO

- 8.1. Em caso de invalidez parcial o capital segurado será reintegrado automaticamente, após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

9. RATIFICAÇÃO

- 9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS EM VIAGEM (DMHO)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento, mediante reembolso de despesas ao Segurado, até o limite do valor de Capital Segurado contratado, relativos a despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, efetuadas pelo segurado para seu tratamento sob orientação médica, devidamente comprovadas, ocasionado por acidente pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorrida durante o período de viagem de acordo com o Plano contratado e uma vez constatada a sua saída de sua cidade de domicílio para viagens nacionais ou do país de domicílio, para viagens ao exterior.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1.** Cobre as despesas emergenciais médicas, hospitalares e/ou odontológicas decorrentes de Acidente Pessoal coberto ou de enfermidade súbita e aguda, ocorrida exclusivamente durante o período da Viagem Segurada, nacional ou ao exterior, de acordo com o Plano contratado.
- 3.2.** Também cobre episódios de crise ocasionados por doença preexistente ou crônica, quando gerar quadro clínico de emergência ou urgência, até o limite do capital segurado contratado para a cobertura, das despesas relacionadas à estabilização do quadro clínico do segurado que lhe permita continuar viagem ou retornar ao local de sua residência, não havendo cobertura para a continuidade e o controle de tratamentos anteriores, check-up e extensão de receitas.
- 3.3.** Entende-se por Despesas Emergenciais Médicas, Hospitalares e Odontológicas:
- a) Atendimento médico/odontológico de emergência;
 - b) Exames médicos/odontológicos emergenciais;
 - c) Internação hospitalar para tratamento clínico ou cirúrgico de emergência; e
 - d) Despesas com medicamentos durante a internação hospitalar.

IMPORTANTE:

- a) O tratamento deve ser iniciado durante o período de vigência da apólice, e nos trinta primeiros dias contados da data do evento, sob orientação médica, incluindo diárias hospitalares necessárias para o restabelecimento do Segurado.
- b) O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.
- c) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que sejam profissionais habilitados.
- d) A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do Médico Assistente.
- e) As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de Cobertura contratada, à época da ocorrência do Sinistro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** Além dos Riscos Excluídos do item “Riscos Excluídos” ou no item “Perda de Direito ao Capital Segurado” das Condições Gerais, estão expressamente excluídos da Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas em Viagem:
- a) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;

- b) Aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses ou órteses implantadas pela primeira vez devido ao evento coberto;
- c) Despesas odontológicas como tratamentos estéticos, polimento, próteses dentárias, tratamentos de rotina, remoção de tártaro, etc; que não se caracterizem como emergência odontológica;
- d) Em todos os Planos disponibilizados para comercialização pela Seguradora, estão excluídos problemas de gravidez após o 7º mês (28ª semana) de gestação, quando decorrentes de doença; exames de pré-natal e o parto. Também estão excluídas deste plano situações decorrentes de doença que ensejem problemas de gravidez antes do 7º mês (28ª semana) ou em gestações consideradas de risco pelos exames pré-natais (clínicos e para-clínicos) e, ainda, problemas ocasionados por interrupção voluntária de gravidez e/ou complicações decorrentes desta;
 - d.1. Serão cobertos episódios de crise quando gerado quadro clínico de emergência ou urgência, das despesas relacionadas a estabilização do quadro clínico da segurada que lhe permita continuar a viagem ou retornar ao local de sua residência, não havendo cobertura para a continuidade e controle de tratamentos anteriores.
- e) Complicações decorrentes de qualquer inobservância de prescrição médica, realizada ao segurado pelo seu médico, pelo médico que o atendeu no local do evento ou mesmo pelo Departamento Médico d Hospital ou Clínica que teve atendimento;
- f) Cirurgias plásticas, tratamentos rejuvenescedores ou estéticos;
- g) Exames e/ou hospitalização para check up; e
- h) Tratamento de transtornos psiquiátricos (mentais, de humor e metabólicos).

5. CAPITAL SEGUADO

- 5.1.** O Capital Segurado estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.
- 5.2.** Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data constante dos documentos que comprovem a necessidade do pagamento das despesas pelo segurado.
- 5.3.** Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. REINTEGRAÇÃO

- 6.1.** O capital segurado será automaticamente reintegrado após a liquidação de cada sinistro.
- 6.2.** A reintegração não se dá para o mesmo acidente evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1. Extingue-se a cobertura, sem restituição dos Prêmios, no final do prazo de vigência.

8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

8.1. Em caso de sinistro, decorrente de evento coberto, o segurado deverá, solicitar posterior reembolso das despesas cobertas, procedendo conforme descrito no item Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos a seguir:

- a) “Aviso de Sinistro” preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente;
- c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;
- d) Originais de todos os comprovantes de despesas médicas e hospitalares;
- e) Resultados de todos os exames realizados pelo Segurado e que demonstrem as lesões decorrentes do trauma ou da enfermidade súbita e aguda;
- f) Boletim de Ocorrência Policial se for o caso;
- g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quanto se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo;
- h) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento; e
- i) Formulário Original de Registro de Informações Cadastrais.

8.1.1. A comprovação das Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas em Viagem deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do Médico Assistente, discriminando o tratamento realizado, o material utilizado e o receituário.

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE TRASLADO DE CORPO (TC)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento mediante reembolso, limitado ao valor do capital segurado contratado, das despesas com a liberação e transporte do corpo do segurado do local da ocorrência do evento coberto até o domicílio ou local do sepultamento, desde que este último esteja situado em um raio máximo de distância equivalente ao do local do evento em relação ao domicílio de origem, incluindo-se nestas despesas desde que relacionados e ocorridos durante o período de viagem, observados os períodos vigência do seguro, franquia, carência, os riscos excluídos e as demais regras das condições contratuais todos os procedimentos e objetos imprescindíveis ao traslado do corpo.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Cobre as despesas com o traslado do corpo do segurado, até o local de sepultamento, em caso de morte do segurado decorrente de acidente coberto ou doença súbita ocorrida durante a Viagem Segurada, até o limite do capital segurado contratado e definido na apólice para esta cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Não está coberto o traslado do corpo do segurado caso a morte tenha sido decorrente de eventos não cobertos mencionados no item, “Riscos Excluídos” ou no item “Perda de Direito ao Capital Segurado”, das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.
- 5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do Segurado.
- 5.3. Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 6.1. Após o pagamento de indenização, mediante reembolso da cobertura de Traslado de Corpo, ficará a presente cobertura cancelada e sem mais nenhum efeito.
- 6.2. Extingue-se ainda a cobertura, sem restituição dos Prêmios, no final do prazo de vigência.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 7.1. Em caso de sinistro, decorrente de evento coberto, o segurado deverá solicitar posterior reembolso das despesas cobertas, procedendo conforme descrito no item Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos a seguir:
- a) “Aviso de Sinistro” preenchido e assinado pelo beneficiário;
 - b) Certidão de Óbito (cópia autenticada);
 - c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;
 - d) Originais de todos os comprovantes de despesas;

- e) Boletim de Ocorrência Policial se for o caso;
- f) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento;
- g) Formulário Original de Registro de Informações Cadastrais.

7.1.1. A comprovação das despesas com o Traslado do Corpo deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e o beneficiário dos valores será aquele indicado nas notas fiscais originais correspondentes aos gastos relativos com o traslado.

8. REINTEGRAÇÃO

8.1. Não há

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE REGRESSO SANITÁRIO (RS)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento, mediante reembolso, limitado ao valor do capital segurado contratado, das despesas com o traslado de regresso do segurado ao local de origem da viagem ou de seu domicílio, pelo meio de transporte mais adequado, caso este não se encontre em condições de retornar como passageiro regular por motivo de acidente pessoal ou enfermidade cobertos, desde que relacionados e ocorridos durante o período de viagem, observados os períodos vigência do seguro, franquias, carência, os riscos excluídos e as demais regras das condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Cobre as despesas com o regresso do segurado ao seu domicílio, pelo meio de transporte mais adequado, se este não se encontrar em condições de retornar ao seu domicílio como passageiro regular.
- 3.2. Para que o Regresso Sanitário ocorra, a equipe médica que estiver atendendo o segurado deverá atestar que o Segurado não se encontra em condições de retornar como passageiro regular e que necessita de outro meio de transporte mais adequado.

IMPORTANTE:

- i. A remoção deverá ser para a residência do segurado, ou quando for o caso, para um hospital na cidade de domicílio, capacitado tecnicamente para atendê-lo, em avião de linha regular, devendo ser expressamente autorizada pela equipe médica responsável;
- ii. A remoção deverá ser feita mediante apresentação da declaração, por escrito, do médico que atende o segurado no local do evento;
- iii. Na declaração médica para remoção deverá conter as seguintes informações: qual o estado de saúde do segurado e qual tratamento e medicação vêm sendo aplicados; qual o meio de transporte recomendado para a remoção; e, se o segurado possui as condições clínicas de ser removido, sem que haja comprometimento ou agravamento do seu estado de saúde;
- iv. A transferência em avião UTI só terá cobertura quando:
 - a) A natureza dos ferimentos ou enfermidade assim exigir, a critério do médico responsável;
 - b) Se o segurado estiver internado em UTI do hospital e não tiver tido alta hospitalar e se o destino for outro Hospital, mas nunca, neste caso, a própria residência do segurado.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Não está coberto o Regresso Sanitário do Segurado decorrentes de eventos não cobertos mencionados no item “Riscos Excluídos” ou no item “Perda de Direito ao Capital Segurado”, das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.
- 5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data constante dos documentos que comprovem a necessidade da despesa com o regresso sanitário.
- 5.3. Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 6.1. Após o pagamento de indenização, mediante reembolso da cobertura de Regresso Sanitário, ficará a presente cobertura cancelada e sem mais nenhum efeito.
- 6.2. Extingue-se ainda a cobertura, sem restituição dos Prêmios, no final do prazo de vigência.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, decorrente de evento coberto, o segurado deverá, solicitar posterior reembolso das despesas cobertas, procedendo conforme descrito no item Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos a seguir:

- a) “Aviso de Sinistro” preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente;
- c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;
- d) d) Originais de todos os comprovantes de despesas; e
- e) Boletim de Ocorrência Policial se for o caso; e
- f) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento; e
- g) Formulário Original de Registro de Informações Cadastrais.

7.1.1. A comprovação das despesas com o Regresso Sanitário deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas.

8. REINTEGRAÇÃO

8.1. Não há

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE TRASLADO MÉDICO (TM)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento mediante reembolso, limitado ao valor do capital segurado contratado, das despesas com a remoção ou transferência do segurado de uma clínica ou hospital que não tenha condições clínicas de prestar o atendimento necessário até a clínica ou hospital mais próximo em condições de atendê-lo, por motivo de acidente pessoal ou enfermidade cobertos, desde que relacionados e ocorridos durante o período de viagem, observados os períodos vigência do seguro, franquias, carência, os riscos excluídos e as demais regras das condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Cobre as despesas com a remoção do Segurado até uma clínica ou hospital mais próximo em condição de atendê-lo. Quando requisitado por médico ou equipe médica responsável pelo atendimento, mais de uma remoção, também haverá cobertura, observados os limites do valor do capital segurado contratado.

IMPORTANTE

- i. O Traslado Médico deverá ser para o hospital mais próximo e capacitado tecnicamente para atendê-lo, através do meio de transporte que a equipe médica responsável considerar mais apropriado;
- ii. O Traslado Médico deverá ser feito mediante apresentação de pedido, por escrito, do médico que atende o segurado no local do evento;
- iii. No pedido médico para o Traslado Médico deverá conter as seguintes informações: que o local atual de internação, segundo critério médico, não tem condições técnicas e estruturais de atendê-lo; qual o estado de saúde do Segurado e qual tratamento e medicação vêm sendo aplicados; qual o meio de transporte recomendado para o Traslado Médico; qual o hospital mais próximo que tem condições de receber o Segurado; e, se o segurado tem condições clínicas de ser removido;
- iv. A transferência em avião UTI só terá cobertura quando:
 - a) A natureza dos ferimentos ou enfermidade assim exigir, a critério do médico responsável;
 - b) Se a causa clínica da indicação da UTI aérea for exclusiva e diretamente relacionada à queixa inicial do Segurado (razão da internação), e for considerado o único meio de transporte viável para a otimização do prognóstico, estando o paciente em UTI no hospital de origem;
 - c) Se o segurado estiver internado em UTI do hospital e não tiver tido alta hospitalar e se o destino for outro Hospital, nunca a residência do segurado.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Não está coberta a remoção do segurado decorrente de eventos não cobertos mencionados no item “Riscos Excluídos” ou no item “Perda de Direito” ao Capital Segurado, das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data constante dos documentos que comprovem a necessidade das despesas com o traslado médico.

5.3. Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1. Após o pagamento de indenização mediante reembolso, da cobertura de Traslado Médico, ficará a presente cobertura cancelada e sem mais nenhum efeito.

6.2. Extingue-se ainda a cobertura, sem restituição dos Prêmios, no final do prazo de vigência.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, decorrente de evento coberto, o segurado deverá, solicitar posterior reembolso das despesas cobertas, procedendo conforme descrito no item Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos a seguir:

- a) “Aviso de Sinistro” preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente;
- c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;
- d) Originais de todos os comprovantes de despesas;
- e) Boletim de Ocorrência Policial se for o caso;
- f) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento; e
- g) Formulário Original de Registro de Informações Cadastrais.

7.1.1. A comprovação das despesas com o traslado Médico deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas.

8. REINTEGRAÇÃO

8.1. Não há

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE FUNERAL (FUN)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento, mediante reembolso de despesas, limitado ao valor do capital segurado contratado, relativo às despesas com o funeral do Segurado, cujo óbito tenha ocorrido durante o período da Viagem Segurada e de acordo com o Plano Contratado.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Cobre as despesas com funeral conforme plano contratado.
- 3.2. O beneficiário dos valores será aquele indicado nas notas fiscais originais correspondentes aos gastos relativos ao funeral.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Não está coberto o funeral do segurado decorrente de eventos mencionados no item “5 - Riscos Excluídos” ou no item “25 - Perda de Direito ao Capital Segurado”, das Condições Gerais.
- 4.2. Além dos Riscos Excluídos do item anterior, estão expressamente excluídos da Cobertura de Funeral, eventos decorrentes de:
- a) Inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremotos, movimentos sísmicos;
 - b) Ocorrências de irradiação decorrentes de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade, bem como casos de força maior;
 - c) Ocorrências em situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves e quaisquer outras perturbações de ordem pública. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar, de atos de humanidade em auxílio de outrem, no exercício legal de prática de esportes ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;
 - d) Suicídio do Segurado cometido dentro dos primeiros 24 meses de Vigência do Seguro, ou da sua recondução depois de suspensão;
 - e) Translado do corpo para cremação para outro Município, que não seja o de destino da Cobertura de Translado, onde a cremação possa ser efetuada;
 - f) Aquisição de jazigo;
 - g) A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;
 - h) Do uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

- i) Eventos decorrentes de Ato Ilícito doloso praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante de um ou de outro.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.
- 5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do Segurado.
- 5.3. Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 6.1. Após o pagamento de indenização, mediante reembolso da cobertura de Funeral, ficará a presente cobertura cancelada e sem mais nenhum efeito.
- 6.2. Extingue-se ainda a cobertura, sem restituição dos Prêmios, no final do prazo de vigência.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 7.1. Em caso de sinistro, decorrente de evento coberto, o segurado deverá solicitar posterior reembolso das despesas cobertas, procedendo conforme descrito no item Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos a seguir:
 - a) Nota (s) fiscal (is) original (is), correspondente (s) aos gastos relativos ao funeral constando o discriminativo dos serviços prestados;
 - b) Cópias simples do CPF e RG do custeador e do Segurado;
 - c) Formulário de autorização para crédito em caso de eventual pagamento;
 - d) Cópia autenticada da certidão de óbito do Falecido;
 - e) Em caso de óbito do familiar, apresentar a comprovação do vínculo familiar (certidão de casamento / escritura pública de união estável); e
 - f) Formulário Original de Registro de Informações Cadastrais.
- 7.1.1. A comprovação das despesas com o Funeral deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas.
- 7.1.2. O beneficiário dos valores será aquele indicado nas notas fiscais originais correspondentes aos gastos relativos ao funeral.

8. REINTEGRAÇÃO

8.1. Não há

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE OU DOENÇA EM VIAGEM (DIT)

1. OBJETIVO

- 1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado, o pagamento de até 30 (trinta) diárias, caso o Segurado, durante o período de viagem venha a ficar impossibilitado, por consequência de causas naturais (doença) ou acidente pessoal cobertos, 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, observado o limite máximo de diárias e período de franquia estabelecidos na Apólice e/ou Certificado Individual.
- 1.2. A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura e será paga de uma única vez.
- 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 15 (quinze) 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.

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1. O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.
- 2.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto e constatada através da análise da documentação apresentada.

- 2.3. O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.
- 2.4. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 180 (cento e oitenta) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:
- a) Lesões no joelho intra-articular; Entesopatia; Luxação do ombro (acrômio - clavicular ou glenohumeral) e fraturas patológicas;
 - b) Lombalgia, radiculopatia, dor ciática e outras neurites; lesões degenerativas da coluna vertebral, com a exceção do tratamento cirúrgico. As condições do sistema nervoso simpático;
 - c) Entorses, distensões e contusões;
 - d) Transtornos mentais e psiquiátricos;
 - e) Acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
 - f) Lesões que não requerem atenção médica;
 - g) Internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);
 - h) Cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - i) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - j) Acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
 - k) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente; e
 - l) Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto.

4. FRANQUIA/CARÊNCIA

4.1. FRANQUIA:

- 4.1.1. O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).

4.1.2. 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.

4.2. CARÊNCIA:

4.2.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

4.2.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

4.2.3. Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais, não haverá carência, 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 DE SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, decorrente de evento coberto, o segurado deverá, solicitar posterior reembolso das despesas cobertas, procedendo conforme descrito no item Procedimentos em caso de Sinistro das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos a seguir:

5.2. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

5.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item Procedimentos de Sinistro das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos documentos, referentes ao evento:

- a) Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c) Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- d) Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- e) Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- f) Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;

- g) Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar; e
 - h) Exames médicos que estejam relacionados com o evento.
- 5.4. O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.
- 5.4.1. A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

6. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

- 6.1. O capital segurado será automaticamente reintegrado após a liquidação de cada sinistro
- 6.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

7. RATIFICAÇÃO

- 7.1. Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

Porto Alegre, 19 de abril de 2023.

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

Antônio Tulio Lima Severo
Diretor designado como responsável técnico
da Sociedade, nos termos do art. 1º, II, da
Circular SUSEP nº 234/2003