

**Prezado Segurado,**

Seja bem-vindo à **Gente Seguradora!**

Você acaba de adquirir um produto desenvolvido especialmente para atender às suas necessidades, além de proporcionar tranquilidade e segurança em situações imprevistas.

Estamos muito satisfeitos em tê-lo como Cliente.

Nós da **Gente Seguradora** estamos sempre buscando métodos de trabalho que conduza à qualidade dos produtos e serviços prestados, valorizando sobremaneira a proteção de nossos Segurados.

Estas Condições Gerais contêm todas as informações necessárias sobre o seu seguro. Leia o material atentamente e confira em sua apólice as coberturas contratadas e benefícios.

No site [www.genteseguradora.com.br](http://www.genteseguradora.com.br) você encontrará todas as informações sobre a **Gente Seguradora** e também sobre o produto adquirido, contando com um amplo canal de atendimento. Além disso, em caso de dúvida, você também pode procurar o seu Corretor de Seguros.

Obrigada por ter escolhido nosso produto. A **Gente Seguradora** agradece a sua confiança e credibilidade.



**GENTE SEGURADORA S/A**

Matriz: Rua Mal. Floriano Peixoto, 450 – Centro - Porto Alegre/RS – CEP 90020-060

Fone/Fax (51) 3027-8888 – Ouvidoria: 0800 607 0888

CNPJ n.º 90.180.605/0001-02

E-mail: [genteseguradora@genteseguradora.com.br](mailto:genteseguradora@genteseguradora.com.br)

[www.genteseguradora.com.br](http://www.genteseguradora.com.br)

# **SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL**

## **CONDIÇÕES GERAIS**

Processo SUSEP nº 15414.002915/2006-69

## CONDIÇÕES GERAIS

### 1. DEFINIÇÕES

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

#### I. Incluem-se nesse conceito:

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

#### II. Excluem-se desse conceito:

- a) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exame, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforço Repetitivo – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou

Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, a qualquer tempo; e

- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal definido acima.

**Âmbito Geográfico de Cobertura:** é a delimitação física das garantias abrangidas pelo Seguro

**Apólice:** É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente.

**Assistido:** É o beneficiário em gozo do recebimento do capital segurado sob a forma de renda.

**Beneficiário:** É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

**Capital Segurado:** É a importância máxima a ser paga ao segurado ou beneficiário em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

**Carregamento:** É a importância destinada a atender as despesas administrativas e de comercialização.

**Coberturas de Risco:** São as coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado, a uma data pré-determinada.

**Condições Contratuais:** Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais e da apólice.

**Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários.

**Corretor:** É o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) para intermediar e promover Contratos de Seguro, conforme definido na Lei nº 4.594/1964 e no Decreto-Lei nº 73/1966.

**Declaração Pessoal de Saúde:** É o documento formal e legal, incluso na Proposta de contratação, em que o Proponente a Segurado, em seu nome, presta informações sobre as suas condições de saúde, assinando-o e responsabilizando-se pela veracidade das informações prestadas, na data da assinatura da Proposta.

**Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Conseqüências:** São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao Seguro, não declarada na proposta de contratação, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação do Seguro. As doenças ou lesões poderão ser identificadas pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

**Evento Coberto:** É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas condições gerais.

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

**Franquia:** É o período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

**Garantias:** São as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

**Indenização:** É a contraprestação do Segurador ao Segurado que, com a efetivação do risco (ocorrência de evento previsto no contrato), venha a sofrer prejuízos de natureza econômica, fazendo jus à indenização pactuada.

**Início de Vigência:** É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

**Médico Assistente:** É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

**Nota de Seguro:** É um documento de cobrança que acompanha apólices e endossos de seguro.

**Nota Técnica Atuarial:** É o documento, previamente protocolizado na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

**Parâmetros Técnicos:** É a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

**Período de Cobertura:** É aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

**Prazo de Carência:** É o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

**Prêmio:** Valor que o segurado paga à Seguradora pelo seguro contratado.

**Proponente:** É a pessoa que propõe a contratação do Seguro e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

**Proposta de Contratação:** É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

**Regime Financeiro de Repartição Simples:** A 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 período.

**Reintegração do Capital Segurado:** É a recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.

**Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, preestabelecidos nas condições gerais do seguro, que não serão cobertos pelo plano.

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

**Seguradora:** É a Gente Seguradora S/A, empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a funcionar no Brasil como tal e que, recebendo o prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo contrato de seguro.

**Seguro:** Contrato em que a Seguradora se obriga para com o Segurado, mediante recebimento de uma importância (Prêmio), a indenizá-lo em caso de ocorrência de Evento coberto.

**Sinistro:** É a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

**Vigência do Seguro:** É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

**Vigência da Cobertura Individual:** É o período em que o segurado está coberto pelas garantias deste seguro.

## 2. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou aos seus beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

## 3. GARANTIAS DO SEGURO

- **Morte Acidental:** É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência deste seguro.

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

–**Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**

–**Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

- **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação), e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela em anexo a estas Condições Gerais.

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

Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

**Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.**

**Os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.**

**As indenizações por morte e invalidez permanente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.**

- **Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)**: É caracterizada pela garantia do reembolso, limitado ao capital segurado, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

Não estão abrangidas na cobertura descrita acima, as despesas decorrentes de:

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

Ressaltamos que cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados. E estas despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, nos termos estabelecidos nas condições contratuais.



- **Diárias por Internação Hospitalar (DIH)**: É a garantia do pagamento de uma indenização proporcional ao período de internação do segurado, de acordo com o valor contratado e constante na proposta de contratação, para cada dia de internação hospitalar do mesmo, em consequência de acidente pessoal coberto. Esta cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do seguro, limitadas ao Capital Segurado contratado.

A franquia desta cobertura adicional será de 15 (quinze) dias. Sendo assim, só estarão cobertas as internações a partir do décimo sexto dia, inclusive. Este período de 15 (quinze) dias estará sujeito à redução conforme a proposta de contratação.

Caso o segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo seguro, as Diárias relativas a este período serão pagas ao (s) seu (s) beneficiário (s).

- **Diárias de Incapacidade Temporária (DIT)**: É caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, decorrente de acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

Esta cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais.

A franquia desta cobertura adicional será de 15 (quinze) dias. Sendo assim, só estarão cobertas as diárias a partir do décimo sexto dia, inclusive. Este período de 15 (quinze) dias estará sujeito à redução conforme a proposta de contratação.

**Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, limitada a 365 (trezentos e sessenta cinco) diárias e ao Capital Segurado Contratado.**

**Eventuais encargos de tradução necessários a liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.**

#### **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro:

##### **4.1 Os acidentes ocorridos em consequência:**

**a) 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;**

b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;

d) Atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, no caso de seguros contratados por pessoas jurídicas.

e) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas;

f) As intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente pessoal;

g) Exclusão para Atos Terroristas: Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentório à ordem pública pela autoridade pública competente.

- Suicídio

Haverá carência de 24 (vinte e quatro) meses para o caso de suicídio.

O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou de sua recondução seguro depois de suspensão.

Caso o segurado seja transferido para outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para o segurado já incluído no seguro em apólice anterior.

Caso ocorra a morte do segurado decorrente de suicídio durante o período de carência, será devolvido ao beneficiário o prêmio puro do seguro atualizado pelo Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV, “pró-rata tempore”, correspondente ao período da data do pagamento dos prêmios até a data da efetiva restituição. Em caso de extinção desse índice será adotado o IPCA/IBGE.

## **5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

As garantias do seguro previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em todo o território brasileiro.

## **6. ACEITAÇÃO DOS SEGURADOS**

Somente serão aceitas neste Seguro as pessoas que:

- a) Estejam em boas condições de saúde; e,
- b) Tenham no mínimo 14 (quatorze) e no máximo 70 (setenta) anos de idade, na data da assinatura da Proposta de Contratação.

Com base na declaração prestada na Proposta pelo Proponente, a Seguradora fará análise para aceitação ou recusa do risco individual proposto.

A Seguradora reserva-se o direito de exigir do Proponente exame (s) médico (s) para avaliação do risco. A negativa do Proponente em submeter-se ao (s) exame (s) autorizará a Seguradora a recusar a Proposta.

## **7. ACEITAÇÃO DO SEGURO**

Recebida a proposta de contratação pela seguradora, com o recibo de quitação do prêmio e com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, terá início um período de 15 (quinze) dias, com cobertura condicional, no qual a seguradora avaliará o risco. Caberá à sociedade seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

O seguro será automaticamente aceito, caso a seguradora não manifeste a recusa da proposta de contratação por escrito ao proponente, no prazo de 15 (quinze) dias, devidamente justificada.

A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

A seguradora deverá, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a sua recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da sociedade seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

Em caso de recusa do risco, em que tenha havido, adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento será restituído pela Seguradora no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos integralmente ou deduzidos da parcela “pro rata temporis”.

Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de proposta.

Na emissão da respectiva apólice individual, deverão ser observados os seguintes elementos mínimos: início e final de vigência das coberturas contratadas, os valores, em moeda corrente nacional, do prêmio à vista, e, quando for o caso, do prêmio total fracionado, de cada uma das parcelas, a taxa de juros remuneratórios pactuada, o número de parcelas, sua periodicidade e os juros de mora e/ou outros acréscimos legalmente previstos.

A seguradora solicitará, quando da assinatura da proposta ou da solicitação de aumento do valor do capital segurado, para efeito de subscrição, a informação ao proponente ou ao segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

Para os portadores de deficiência, deverá ser ressalvado na proposta o grau de eventual invalidez preexistente.

## **8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO**

O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de contratação ou, se anterior, da data de pagamento do respectivo prêmio. A vigência do seguro é de 12 (meses), sendo renovada automaticamente uma única vez.

Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

Nos contratos de seguro, cujas propostas tenham sido recepcionadas sem o pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes. E para os casos em que os contratos cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.

A renovação automática do seguro só poderá ocorrer uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa. A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada pelo próprio segurado. Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados, mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice.

A renovação automática não se aplica aos segurados ou à sociedade seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

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 da apólice.

## **9. CAPITAL SEGURADO**

Entende-se como capital segurado o valor máximo para a cobertura contratada a se pago ou reembolsado pela sociedade seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

- a) Para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente;

No caso de invalidez parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

A aceitação, pela sociedade seguradora, de estabelecimento de capital segurado superior ao respectivo limite de retenção, acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

## 10. ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DE VALORES CONTRATADOS

Os capitais e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, em cada aniversário da apólice, pelo Índice Geral de Preços de Mercado / Fundação Getúlio Vargas - **IGP-M / FGV** - acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior.

Em caso de extinção do índice acima determinado, será utilizado o **IPCA / IBGE**.

Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais seguráveis pagáveis por morte ou invalidez, deverão se atualizados pelo índice pactuado, desde a data da última atualização do prêmio até a data e ocorrência do respectivo evento gerador.

## 11. PAGAMENTO DE PRÊMIO

O prêmio poderá ser pago mensal, trimestral, semestral ou anualmente, sempre antecipadamente ao período de cobertura.

Nos prêmios fracionados, não será cobrado nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento. Será garantido ao segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subseqüentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

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

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

A tabela de prazo curto não se aplica aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

A seguradora informará ao segurado ou seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme tabela acima. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência original da cobertura, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro, desde que haja expressado previsão contratual neste sentido.

No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a sociedade seguradora suspenderá a sua vigência, sendo que não haverá cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão, em caso de restabelecimento do contrato.

Os prêmios poderão ser pagos pelo segurado em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito ou débito em conta corrente.

Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser realizado até a data estabelecida na Nota de Seguro. Caso esta data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com um dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado até a data limite estipulada, o direito à indenização não ficará prejudicado.

Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado.

**Não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou ao beneficiário.**

## **12. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO**

**Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, a seguradora não cobrirá os sinistros ocorridos durante o período de inadimplência sendo vedada a cobrança dos prêmios referente a esses períodos.**

No caso do pagamento dos prêmios em atraso, as coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia do referido pagamento e qualquer indenização dependerá de prova de que o pagamento tenha sido efetuado antes da ocorrência do sinistro.

## **13. CANCELAMENTO DO SEGURO**

**Caso, até o prazo de 90 (noventa) dias a contar da data do vencimento do prêmio, não seja efetuado o pagamento dos prêmios em atraso, o seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.**

As apólices não serão canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

O seguro só será rescindido mediante acordo entre as partes.

No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

- a) A sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;
- b) Quando adotado fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto, conforme item 11 destas condições gerais.



#### **14. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL**

A cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, observada à limitação constante no item 8 destas condições gerais.

O segurado é obrigado a comunicar a seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se for provado que silenciou de má-fé. A seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco sem culpa do segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato.

**O cancelamento só será eficaz trinta dias após a notificação.**

Caso haja diferença de prêmio, está será restituída ao segurado, corrigida pela variação do IGPM-FGV acumulado nos últimos 12 (doze) meses que antecedem o cancelamento do seguro.

Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado principal cessa, ainda:

- a) Com a morte do segurado;
- b) Quando o segurado solicitar sua exclusão do Seguro.

#### **15. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado ou seus beneficiários deverão comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste item.

Fica estabelecido o prazo de trinta dias para o pagamento de indenização devida, contados a partir do recebimento, pela seguradora, de toda a documentação e informações ou esclarecimentos solicitados ao segurado ou beneficiários que comprovem a ocorrência de sinistro coberto pela apólice, assim como os prejuízos indenizáveis.

**Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao segurado ou aos beneficiários, o prazo mencionado no parágrafo acima será suspenso, o qual volta a correr a partir do recebimento pela seguradora desses documentos, informações ou esclarecimentos.**

Havendo cobertura securitária e expirado o prazo de trinta (30) dias, desde que o segurado tenha entregado todos os documentos solicitados pela seguradora, necessários

à liquidação do sinistro, o valor da indenização será corrigido pela variação positiva do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV. Em caso de extinção desse índice será adotado o IPCA/IBGE.

O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no plano implicará na aplicação de juros mora de 12% (doze por cento) ao ano, calculado na base “pró-rata tempore”, a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.

A atualização será efetuada com base na apuração entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação. E o pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única. Também será admitida a hipótese de substituição do pagamento da indenização em dinheiro por pagamento em bens ou serviços, desde que expressamente solicitado pelo segurado ou beneficiários.

**As diárias de Incapacidade Temporária decorrentes de acidente pessoal coberto serão devidas a partir do 16º (décimo sexto) dia da caracterização da incapacidade.**

Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a sociedade seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica. Esta junta médica será constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei. E o pagamento da indenização não está condicionado a nenhuma restrição temporal.

**A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:**

**- Em caso de morte acidental:**

- a) Aviso de Sinistro, preenchido pelo beneficiário no campo Informação do Segurado em caso de acidente;

- b) Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- c) Certidão de nascimento e/ou casamento, RG, CPF e comprovante de residência do falecido (cópia autenticada);
- d) Declaração de únicos herdeiros;
- e) Declaração de o INSS informando quem são os dependentes do segurado na Previdência Social (cópia autenticada)
- f) Certidão de Nascimento e/ou casamento bem como RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) beneficiário(s) (cópia autenticada)  
Em se tratando de beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessário cópia autenticada do CPF
- g) Boletim de Ocorrência Policial;
- h) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML (cópia autenticada);
- i) Carteira Nacional de Habilitação do falecido se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo (cópia autenticada);
- j) Cópia autenticada do Laudo do Exame toxicológico e do teor alcoólico, quando realizado;

**OBS:** Caso o segurado (o) tenha companheira (o) reconhecida (a) 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 (a) segurado (a) e se essa união perdurou até o falecimento do mesmo.

**- Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:**

- a) Aviso de Sinistro preenchido pelo segurado e médico assistente;
- b) RG, e CPF e Comprovante de Residência do segurado (cópia autenticada)  
Em se tratando de beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessário cópia autenticada do CPF
- c) CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho – se for o caso (cópia autenticada)
- d) Atestado de Alta Médica definitiva, informando as seqüelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membros lesados, inclusive o percentual (original)
- e) Resultados de todos os exames realizados na pessoa do segurado (original)

- f) Boletim de Ocorrência Policial se for o caso (cópia autenticada)
- 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);
- h) Cópia autenticada do Laudo do Exame toxicológico e do teor alcoólico, quando realizado;

**- Em caso de Diária de Incapacidade Temporária:**

- a) Aviso de Sinistro para Concessão de DIT preenchido pelo segurado e médico assistente;
- b) RG, CPF e Comprovante de Residência do segurado (cópia autenticada). Em se tratando de beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessário cópia autenticada do CPF;
- c) Exames Complementares realizados (original);
- d) Tratando-se de acidente de trabalho, cópia do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho-CAT, para comprovação do acidente (cópia autenticada);
- e) Tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, juntar cópia do Boletim de Ocorrência (cópia autenticada);
- f) Ficha ou Prontuário médico hospitalar de atendimento de urgência, se for o caso (cópia autenticada);

**- Em caso de Diária de Internação Hospitalar:**

- a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado e pelo médico assistente;
- b) Documentação que comprove a internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e o motivo da internação, a discriminação das diárias, taxa e materiais/medicamentos utilizados;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do segurado;
- d) Comprovante de Residência;
- e) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação
- f) CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho – se for o caso

**Obs.:** Para efeito de prova da incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal coberto, a Seguradora poderá exigir atestado médico ou documentos emitidos pela Previdência Social.

**- Em caso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO):**

- a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado e pelo médico assistente;
- b) RG, e CPF e Comprovante de Residência do segurado;
- c) Originais de todos os comprovantes de despesas médicas e hospitalares;
- d) Receituário prescrevendo os medicamentos em caso de solicitação de reembolso dos valores dos mesmos (originais).
- e) Resultados de todos os exames realizados na pessoa do segurado;
- f) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - 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) Cópia do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de Termo de Cessão à empresa;
- i) Cópias dos CPF's dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social, em caso de Termo de Cessão à empresa;

## **16. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO**

**O segurado perderá o direito à indenização:**

**Se agravar intencionalmente o risco;**

**Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio. Neste caso, além de ficar prejudicado o seu direito à indenização, o segurado será obrigado a realizar o pagamento do prêmio vencido;**

**Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:**

**I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:**

- i. **Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
- ii. **Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**

**II – na hipótese de ocorrência do sinistro com pagamento parcial do capital segurado:**

- a) **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) **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.**

**III – na hipótese de ocorrência do 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.**

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

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

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

## **17. BENEFICIÁRIOS**

São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência de sinistro. Os beneficiários serão designados pelo segurado na proposta de contratação, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei. Neste caso, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos

herdeiros do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária, sendo, ainda observado o disposto na Legislação Específica. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência. Deve ser observado que não se pode instituir como beneficiário a pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária de um contrato de seguro de pessoas se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Despesas Médico-Hospitalares, Diárias de Incapacidade Temporária ou Diárias de Internação Hospitalar, o próprio segurado será o beneficiário.

## **18. FORO**

As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a sociedade seguradora, serão processadas no foro de domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no parágrafo anterior.

## **19. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

- I. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco;**
- II. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização; e,**
- III. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br) , por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**

## ANEXO I – Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre importância segurada
<b>T O T A L</b>	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
<b>P A R C I A L</b>  <b>DIVERSOS</b>	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
<b>P A R C I A L</b>  <b>MEMBROS SUPERIORES</b>	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.		



<b>P A R C I A L  MEMBROS INFERIORES</b>	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um dos quadris	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	de 4 (quatro) centímetros	10
de 3 (três) centímetros	6	
Menos de 3 (três) centímetros:	Sem indenização	