



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 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.

Canais de Atendimento:

Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC: 0800 602 0088

E-mail: sac@genteseguradora.com.br - Ouvidoria: 0800 607 0888

Atendimento para Pessoas com Deficiência Whats App: (51) 99993-1300

Chat disponível no site: www.genteseguradora.com.br.

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

Gente Seguradora S.A.

Rua Marechal Floriano Peixoto, 450 | Centro Histórico | Porto Alegre - RS
CEP 90020 060 | Fone (51) 3023.8888 | Ouvidoria 0800 607 0888
genteseguradora.com



ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

CAPITAL GLOBAL

CONDIÇÕES GERAIS

PROCESSO SUSEP Nº 15414.000012/2009-96

SUMÁRIO

1. Definições	4
2. Objetivo do Seguro	8
3. Garantias do Seguro.....	8
4. Riscos Excluídos	12
5. Âmbito Geográfico da Cobertura	13
6. Carências e Franquias.....	13
7. Aceitação do Seguro.....	14
8. Vigência e Renovação do Seguro	15
9. Capital Segurado Global.....	16
10. Atualização Monetária:	17
11. Pagamento de Prêmio	17
12. Prazo de Tolerância do Seguro	20
13. Cancelamento do Seguro	20
14. Cessação da Cobertura Individual	21
15. Perda do Direito à Indenização.....	21
16. Liquidação de Sinistros.....	22
18. Formas de Pagamento das Indenizações.....	28
19. Beneficiários	28
20. Foro	28
21. Considerações finais.....	29

1. DEFINIÇÕES

1.1 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, incluindo-se, ainda, neste 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.

Não incluem-se no conceito de acidente pessoal:

- 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 lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ósteo-musculares relacionadas ao trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- c) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez accidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido acima;

1.2 Apólice: É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.



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

1.4 Capital Segurado: Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

1.5 Capital Segurado Global: Valor máximo contratado a ser dividido em partes iguais entre todos os segurados, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice vigente na data do evento.

1.6 Capital Segurado Individual: Resultado da divisão do capital segurado global em partes iguais entre todos os segurados, a ser utilizado como base para o pagamento de indenização, de acordo com a(s) cobertura(s) contratada(s) e vigente(s) na data do evento. O capital segurado individual pode variar em função da inclusão ou exclusão de segurados do grupo segurado.

1.7 Cobertura Individual: Garantia de cada segurado incluído na apólice de seguro, às coberturas contratadas, com início na data de sua aceitação pela seguradora, e término limitado ao final da vigência da apólice, respeitado o período do prêmio pago.

1.8 Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as condições gerais, as condições especiais, a apólice, o contrato e a proposta de contratação.

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

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

1.11 Contrato: Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

1.12 Estipulante: Pessoa jurídica que contrata o plano coletivo em nome de seus funcionários, estagiários e/ou estudantes vinculados, e que será responsável pelo pagamento do prêmio, ficando investida de poderes de representação destes segurados, nos termos da legislação e regulação em vigor.

1.13 Excedente Técnico: saldo positivo obtido pela sociedade seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

1.14 Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais.



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

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

1.17 Grupo Segurado: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

1.18 Grupo Segurável: É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

1.19 Indenização: Valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

1.20 Invalidez Permanente: Perda, redução ou impotência funcional definitiva, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

1.21 Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco (eventos cobertos) propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

1.22 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.

1.23 Nota Técnica Atuarial: documento que contém a descrição e o questionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

1.24 Período de Cobertura: Aquele que durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

1.25 Prazo de Carência: Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

1.26 Prêmio: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

1.27 Proponente: Pessoa jurídica que mediante o preenchimento e assinatura de Proposta de Contratação, propõe a sua adesão à apólice, e que passará a condição de Estipulante, somente após sua aceitação pela Seguradora.



1.28 Proposta de Contratação: É o documento através do qual o Proponente expressa à intenção de contratar o seguro na qualidade de Estipulante, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

1.29 Reabilitação do Seguro: É o restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão.

1.30 Regime de Repartição Simples: É um regime no qual as contribuições dos participantes são calculadas segundo os conceitos de receita e despesa, arrecadando-se o suficiente para a cobertura dos eventos garantidos e das despesas de administração, à medida em que ocorram, sem se levar em consideração o fator eventualidade.

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

1.32 Riscos Excluídos: São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

1.33 Segurado: Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

1.34 Segurado Principal: É o segurado que mantém vínculo com o estipulante.

1.35 Segurados Dependentes: São os cônjuges, os filhos, os pais, os irmãos e os demais dependentes assim considerados pela legislação do imposto de renda e/ou da previdência social, desde que não sejam seguráveis como segurados principais, quando incluídos no seguro.

1.36 Seguradora: É a **GENTE SEGURADORA S/A**, sob CNPJ 90.180.605/0001-02, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos das Condições Contratuais.

1.37 Sinistro: É a ocorrência do risco (evento) coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

1.38 Superintendência de Seguros Privados – SUSEP: Órgão normatizador e fiscalizador das atividades de seguros.

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

1.40 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 modalidade de capital global, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos**, desde que respeitadas às condições contratuais. Garantias cobertas através da contratação:

- Morte Acidental;
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- Diária de Incapacidade Temporária;
- Despesa Médico-Hospitalar.

O valor do capital segurado individual, igual para todos os segurados, será apurado na data do evento, sendo equivalente ao valor do capital segurado global dividido pelo número de segurados.

3. GARANTIAS DO SEGURO

As garantias do seguro dividem-se em básicas e adicionais, sendo que o seguro não pode ser contratado sem pelo menos uma das garantias básicas.

3.1 Garantias Básicas:

- Morte Acidental

É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), correspondente ao valor do capital segurado individual, 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:

- Não incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o translado; 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, limitada ao valor do capital segurado individual, 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 para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a tabela constante no anexo I.

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela do anexo I, pelo grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução e, sendo o referido grau classificado como, 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 no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independente 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.

Devido à natureza do Regime de Repartição Simples, adotado neste seguro, a indenização será paga de uma única vez.

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.

A perda de dentes e 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.



Além dos riscos mencionados no item 4, estão também expressamente excluídos da cobertura de **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)** do seguro, os acidentes ocorridos em consequência:

- a) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- b) aborto ilegal e suas consequências;
- c) de competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;
- d) do segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada;
- e) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte ou incapacidade do segurado provier da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- f) quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental incurável, decorrente de acidente coberto;

3.2 Garantias Adicionais:

- Despesas Médico-Hospitalares (DMH)

A cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas garante o reembolso, limitado ao valor capital segurado individual, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para o seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

Não estão abrangidas por essa cobertura, as despesas decorrentes de:

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

As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, nos termos estabelecidos nas condições contratuais.



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, limitado ao valor do capital segurado individual contratado e constante nas condições gerais e/ou especiais, para cada dia de internação hospitalar do mesmo, em consequência de acidente pessoal.

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).

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.

Será estipulado período de franquia para esta cobertura, o qual estará especificado no contrato de seguro.

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

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 e especiais, não podendo ser superior ao valor do capital segurado individual.

Será estipulado período de franquia para esta cobertura, o qual estará especificado no contrato de seguro.

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.

As garantias adicionais não são extensivas aos segurados dependentes, e somente poderão ser concedidas para a totalidade do grupo segurado.

As garantias adicionais somente podem ser concedidas para a totalidade do grupo segurado.

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

Além das exclusões citadas para as coberturas para IPA mencionadas no item 3.1, estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- 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;
- contaminação radioativa e/ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes caracterizadas por doenças, moléstias ou enfermidades, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto.
- 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;
- de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme o definido no artigo 762 do Código Civil;
- no seguro contratado por pessoa jurídica, de danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes;
- os denominados acidentes decorrentes de erros médicos, exemplificativamente, apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, parada cardíaca, trombose;
- epidemias declaradas pelo órgão competente.
- doação e transplante intervivos.
- todas as doenças ou transtornos mentais.
- Síndrome do pânico.
- estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais.
- suicídio cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do seguro ou da sua recondução depois de suspenso, conforme o art. 798 do Código Civil.



Também 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 atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

Encontram-se ainda excluídos das coberturas deste seguro, quaisquer indenizações, mesmo em consequência de eventos cobertos, decorrentes de:

- **Danos Morais e Estéticos**, no qual esteja o segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.
- **Lucros Cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do segurado.**
- **Perdas e Danos decorrentes, direta e indiretamente, de qualquer evento, mesmo quando coberto pela apólice.**

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses.

Caso ocorra a morte do segurado durante o período de carência, serão devolvidas aos beneficiários as reservas técnicas do seguro, nos termos em que dispõe a lei civil, e **nos casos que for tecnicamente possível**. Esses valores serão atualizados pela variação do IGP-M/FGV, “pro rata tempore”, correspondente ao período da data do pagamento dos prêmios até a data da efetiva restituição. No caso da extinção desse índice será utilizado o IPCA/IBGE.

Quando couber, nos casos de garantias adicionais, será estabelecido período de franquia de, no máximo, 15 dias, a contar da data do evento coberto, estando este fixado no contrato deste plano de seguro.



7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

Este seguro destina-se a Pessoas Jurídicas que buscam oferecer um seguro de Acidentes Pessoais às pessoas a ela vinculadas, devidamente identificadas nos termos destas Condições Gerais.

Somente serão incluídos no seguro os componentes do grupo segurável que, na data de adesão ao seguro sejam: (a) empregados vinculados ao Estipulante por meio de contrato de trabalho, desde que em plena atividade de trabalho, e constarem da relação “GFIP” (guia de recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social; e/ou (b) estagiários prestadores de serviços, desde que comprovados por meio de “Termo de Contrato de Estágio”; e/ou (c) estudantes vinculados, desde que comprovados pelo “Atestado de Matrícula”.

Para adesão a este seguro, à seguradora exigirá o preenchimento da proposta de contratação pelo Estipulante, não exigindo, todavia, o preenchimento da proposta de adesão pelos proponentes.

Não poderão participar do seguro e não serão considerados componentes do grupo segurado, para efeito de apuração do Capital Segurado em caso de sinistro, mesmo que constante da documentação comprobatória mencionada anteriormente, os empregados que tiverem aposentados por Órgão de Previdência Oficial na data do início de vigência da apólice, ou que vierem a se aposentar no decorrer da vigência do seguro, exceto aqueles que estejam aposentados por tempo de serviço, mas que permaneçam exercendo plena atividade laborativa dentro do Estipulante, e que estejam constantes da GFIP/SEFIP.

Cabe ao Estipulante a obrigação de verificar o preenchimento dos requisitos previstos nestas Condições Gerais para a inclusão dos segurados, isentando à Seguradora do pagamento de qualquer indenização a segurados incluídos indevidamente por não preencherem os requisitos mencionados.

Na proposta de contratação constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

A Seguradora fornecerá ao proponente um protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e hora do seu recebimento.

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



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.

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

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 é devido 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 tempore”, referente à cobertura do seguro, observada a regulamentação em vigor.

A seguradora, obrigatoriamente, procederá 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 contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de proposta.

O segurado deverá comunicar à sociedade seguradora a contratação posterior 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

Observada a regulamentação em vigor, as apólices de seguros e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas. Quando houver alteração da composição do grupo segurado pelo Estipulante, mediante inclusão de novos segurados, em conformidade com a documentação prevista no item 7 destas Condições Gerais, o valor da cobertura individual terá seu início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data da alteração.

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

Nos contratos de seguro em que a Proposta tenha sido recepcionada sem o pagamento de prêmio correspondente, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e



quatro) horas da data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

Nos contratos de seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para o futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão o início de vigência da cobertura individual a partir da data de recepção da proposta pela 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 pelo Estipulante, quantas vezes se fizer necessário, desde que não implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos, esta deverá ser realizada com anuênciia prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quatro avos) do grupo segurado.

Este seguro é por prazo determinado e sua vigência será de 12(doze) meses, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, comunicará ao estipulante e/ou aos segurados, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final de vigência da apólice.

A renovação automática não se aplica caso o estipulante ou à seguradora comuniquem o desinteresse da continuidade do plano de seguro, mediante aviso prévio e de forma expressa (por escrito) de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

9. CAPITAL SEGURADO GLOBAL

O proponente poderá escolher livremente o valor do capital segurado global, respeitados os limites técnicos da seguradora, sendo que o valor do capital segurado individual, igual para todos os segurados, será apurado na data do evento, sendo equivalente ao valor do capital segurado global dividido pelo número de segurados.

Para efeito de determinação do capital segurado individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data de ocorrência do acidente.

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



Para efeito de apuração do capital segurado individual, deverá ser apresentada à seguradora a relação “GFIP” completa ou, se for o caso, os “Termos de contrato de Estágio atualizados” ou, ainda, os “Atestados de matrícula atualizados”, conforme previstos no item 7 destas Condições Gerais, relativa ao mês de ocorrência do evento coberto.

Se a quantidade de segurados se alterar durante a vigência do seguro, seja pela ocorrência de sinistro ou pela movimentação natural (demissões, admissões e etc), o capital segurado individual será automaticamente ajustado, rateando-se o capital segurado global de forma proporcional ao novo número de segurados.

Caso a empresa deseje restabelecer os valores de capital segurado conforme os valores inicialmente contratados, deverá solicitar a emissão de endosso de alteração através de formulário próprio.

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

10. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA:

Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, na data de renovação do seguro, pelo Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas - **IGP-M / FGV** - acumulado nos 12 (doze) meses anteriores ao mês da renovação. Em caso de extinção do índice acima determinado, será utilizado o **IPCA / IBGE**. Em caso de extinção deste, será imediatamente utilizado outro índice que vier a ser autorizado pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

11. PAGAMENTO DE PRÊMIO

O prêmio de seguro será calculado de acordo com a escolha da Proponente, quanto às coberturas e Capital(is) Segurado(s) contratados, sendo apresentado no momento da contratação.

O custeio deste seguro é “**Não Contributário**”, ou seja, os segurados principais não pagam prêmio, ficando este sob a responsabilidade do estipulante.

O prêmio poderá ser quitado de forma única ou fracionada, sendo sua periodicidade e critérios de custeio definidos no contrato.

O prêmio será pago sempre antecipadamente ao período de cobertura.

Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do premio 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.

Nos casos de pagamentos de prêmio mensais, o não pagamento do prêmio na data determinada de vencimento, ensejará a abertura de prazo de tolerância, nos termos do item 12. Caso o prêmio não seja quitado dentro do prazo de tolerância, o seguro será cancelado, nos termos do item 13. O prazo de tolerância referido se aplica apenas nos casos de pagamentos de prêmios mensais.

Se houver atraso no pagamento do prêmio, o valor devido deverá ser acrescido de atualização monetária, pelo índice previsto no item 10 destas Condições Gerais, e juros de mora, equivalentes a 12% (doze por cento) ao ano, até a data de seu efetivo pagamento, obedecido o prazo de tolerância previsto no item 12.

Para os casos de fracionamento de prêmio em periodicidade diferente de mensal, se for configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes a primeira, será adotada a nova vigência ajustada de acordo com a tabela abaixo e, em caso de não regularização dos prêmios, o posterior cancelamento automático.

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

A seguradora informará ao Estipulante e/ou ao segurado, 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. Fendo 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 expressa previsão contratual neste sentido.



No caso de fracionamento de prêmio diferente da periodicidade mensal, em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a sociedade seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender 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, em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido nas Condições Particulares. Em caso de opção por débito em conta, ocorrendo a insuficiência de saldo na conta bancária indicada pelo estipulante, nos respectivos vencimentos, ficará caracterizado o não pagamento do prêmio para todos os efeitos.

O estipulante é o responsável pelo recolhimento dos prêmios, bem como por seu repasse à seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice.

É expressamente vedado ao estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

Caso a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão das garantias.

Servirá 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.

Os prêmios de seguro poderão ser reavaliados anualmente junto ao estipulante, por ocasião da renovação da apólice, com base em critério técnico definido na nota técnica atuarial deste seguro.

Este plano está estruturado sobre o regime financeiro de repartição simples. Devido à natureza do regime adotado, este seguro não permite concessão de resgate ou devolução de prêmios pagos, exceto nos casos expressamente previstos nestas condições gerais.

Os tributos serão pagos por quem a legislação determinar.



12. PRAZO DE TOLERÂNCIA DO SEGURO

O prazo de tolerância previsto neste item se aplica apenas nos casos de pagamentos de prêmios na periodicidade mensal.

Se, após a data estabelecida para o pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, será concedido prazo de tolerância de 30 (trinta) dias para que seja efetuado o pagamento do prêmio em atraso, contados a partir do primeiro dia subsequente ao respectivo vencimento.

Respeitado o limite de 30 (trinta) dias nos termos do parágrafo anterior, haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

Sobre o prêmio quitado em atraso, incidirão juros de mora e atualização monetária conforme previsto no item 10.

13. CANCELAMENTO DO SEGURO

Caso, até o prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de vencimento do prêmio de periodicidade de pagamento mensal, não seja efetuado o pagamento dos prêmios em atraso, o seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, após o término deste prazo.

Para os casos de fracionamento de prêmio em periodicidade diferente de mensal, vencida a nova vigência prevista na tabela de prazo curto do item 11 anterior, sem a regularização do(s) prêmio(s) em atraso, o seguro será automaticamente cancelado.

O seguro só será rescindido mediante acordo entre as partes contratantes e, deverá haver anuênciâcia prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.



14. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

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, esta será restituída, corrigida pela variação do IGPM / FGV “pró-rata tempore ” até a data do efetivo pagamento.

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

- com a morte ou a invalidez permanente total do segurado, nos termos destas condições gerais.
- com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante.
- quando persistir a inadimplência no pagamento do prêmio após o prazo de tolerância, nos casos de periodicidade mensal.

15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

O segurado perderá o direito à indenização, caso haja por parte do mesmo, seus representantes legais, seus prepostos ou seus beneficiários:

- agravarem intencionalmente o risco;
- inobservância da lei ou das obrigações convencionadas nesse seguro;
- fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências.

Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações erradas, inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização. 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:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II - Na hipótese de ocorrência de 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.

III - 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.

O segurado ou o estipulante se obriga ainda a comunicar à sociedade seguradora, para que se façam os devidos ajustes logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar ou modificar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

16. 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. As providências ou atos que a seguradora praticar não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagamento de qualquer indenização.

Para efeito de cálculo de indenização, será considerado o capital segurado global vigente na data de ocorrência do sinistro, conforme descrito no item 9 destas Condições Gerais.

O prazo máximo para pagamento do sinistro, após a entrega de toda a documentação mínima exigida pela seguradora para a liquidação do mesmo, será de 30 (trinta dias). Em



caso de dúvida fundada e justificável pela seguradora, outros documentos, além daqueles listados nesse item, poderão ser solicitados, sendo, o prazo estabelecido neste parágrafo suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

Expirado o prazo máximo para pagamento do sinistro pela seguradora, observado o critério da suspensão, o valor da indenização será atualizado monetariamente pela variação positiva do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M / FGV), também incidindo sobre este valor juros de mora. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo (de 30 dias), serão equivalentes a 12% (doze por cento) ao ano. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade do seguro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

Os prazos prescricionais são aqueles determinados por lei.

A aposentadoria por invalidez concedida ao segurado por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

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

Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação dos sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da seguradora.

A ocorrência de sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- Em caso de morte accidental:

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



- b) Comprovante de vínculo do segurado (empregatício, de estagiário ou de estudante), tais como: Relação de FGTS onde conste o nome do segurado, Contrato, etc... (cópia autenticada);
- c) Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- d) Certidão de nascimento e/ou casamento, RG, CPF e comprovante de residência do falecido (cópia autenticada);
- e) Declaração de únicos herdeiros (reconhecida em cartório);
- f) Declaração de o INSS informando quem são os dependentes do segurado na Previdência Social (cópia autenticada);
- g) 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.
- h) Boletim de Ocorrência Policial (original ou cópia autenticada);
- i) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML (cópia autenticada);
- j) Carteira Nacional de Habilitação do falecido se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo (cópia autenticada);
- k) 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 Invalidade Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- a) Aviso de Sinistro, preenchido pelo estipulante e pelo beneficiário no campo Informação do Segurado em caso de acidente;
- b) Comprovante de vínculo do segurado (empregatício, de estagiário ou de estudante), tais como: Relação de FGTS onde conste o nome do segurado, Contrato, etc... (cópia autenticada);
- c) Certidão de Óbito (cópia autenticada);



- d) Certidão de nascimento e/ou casamento, RG, CPF e comprovante de residência do falecido (cópia autenticada);
- e) Declaração de únicos herdeiros (reconhecida em cartório);
- f) Declaração de o INSS informando quem são os dependentes do segurado na Previdência Social (cópia autenticada);
- g) 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.
- h) Boletim de Ocorrência Policial (original ou cópia autenticada);
- i) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML (cópia autenticada);
- j) Carteira Nacional de Habilitação do falecido se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo (cópia autenticada);
- k) 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 estipulante, 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);
- g) Comprovante de vínculo do segurado (empregatício, de estagiário ou de estudante), tais como: Relação de FGTS onde conste o nome do segurado, Contrato, etc... (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.

- 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) Comprovante de vínculo do segurado (empregatício, de estagiário ou de estudante), tais como: Relação de FGTS onde conste o nome do segurado, Contrato, etc... (cópia autenticada).
- c) RG, e CPF e Comprovante de Residência do segurado;
- d) Originais de todos os comprovantes de despesas médicas e hospitalares;
- e) Receituário prescrevendo os medicamentos em caso de solicitação de reembolso dos valores dos mesmos (originais).
- f) Resultados de todos os exames realizados na pessoa do segurado;
- g) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso;
- h) Carteira Nacional de Habilitação do segurado quanto se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo.
- i) Cópia do cartão do CNPJ do Estipulante, em caso de Termo de Cessão à empresa;
- j) Cópia do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de Termo de Cessão à empresa;
- k) Cópias dos CPF's dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato



Social, em caso de Termo de Cessão à empresa;



18. FORMAS DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações deste Plano de Seguro serão pagas sob a forma de pagamento único, em consonância com o previsto no item 9 destas Condições Gerais, em relação à forma de apuração do capital segurado individual. Após o pagamento da indenização o risco do segurado será automaticamente excluído da apólice, exceto se a indenização for decorrente de invalidez parcial prevista na garantia adicional de IPA. Neste caso, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado.

19. BENEFICIÁRIOS

Os beneficiários serão designados pelo segurado, a qualquer tempo, por escrito ressalvadas as restrições legais. Os beneficiários indicados podem 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.

Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e dos segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

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. E no caso de morte do dependente, incluído de forma automática, o beneficiário será o segurado principal.

20. 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 de seu domicílio.



21. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- I. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco;
- II. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- III. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização;
- IV. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site 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
T O T A L	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
	Perda total da visão de um olho	30
P A R C I A L DIVERSOS	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
P A R C I A L MEMBROS SUPERIORES	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos	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.	

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

