



CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

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:

☎ **SAC:** 0800 602 0088

✉ **E-mail:** sac@genteseguradora.com.br

💬 **Ouvidoria:** 0800 607 0888 | **WhatsApp:** (51) 99993-1300

🌐 **Chat:** www.genteseguradora.com.br

Obrigada por ter escolhido nosso produto. A **gente seguradora** agradece a sua confiança e credibilidade.

CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO
PROCESSO SUSEP Nº 10.002618/01-02

1. Disposições Preliminares	4
2. Definições.....	4
3. Objetivo do Seguro.....	7
4. Garantias do Seguro	7
5. Riscos Excluídos	10
6. Âmbito Geográfico da Cobertura	12
7. Carências e Franquias.....	12
8. Inclusão no Seguro e Aceitação do Seguro	13
9. Vigência e Renovação do Seguro.....	14
10. Capital Segurado	15
11. Recálculo do Capital Segurado	15
12. Atualização Monetária	15
13. Pagamento de Prêmio	16
14. Prazo de Tolerância do Seguro	17
15. Cancelamento do Seguro	17
16. Cessação da Cobertura Individual.....	18
17. Perda do Direito à Indenização	18
18. Liquidação de Sinistros.....	19
19. Formas de Pagamento das Indenizações	22
20. Beneficiários.....	23
21. Obrigações do Estipulante/Subestipulante.....	23
22. Excedente Técnico	24
23. Foro.....	25
24. Anexo I – Tabela p/ Cálculo de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente.....	25

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco;

1.2 O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização;

1.3 O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Aceitação: é o ato de aprovação, após análise do risco proposto, pela Seguradora, da Proposta de Contratação, efetuada pelo Estipulante, ou da Proposta de Adesão, efetuada pelo Proponente, para a cobertura de determinado(s) risco(s) e que servirá de base para a emissão da Apólice e/ou do Certificado Individual.

2.2 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 torne necessário o tratamento médico e/ou hospitalar do mesmo, 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 sequestros e tentativas de sequestros; e,
- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

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 Osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

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

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

2.3 Aditivo: são as alterações efetuadas na Proposta de Contratação que, após assinatura do Estipulante/Subestipulante e o Corretor, será efetuado o endosso na Apólice.

2.4 Âmbito Geográfico de Cobertura: é a delimitação física da(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.5 Apólice: É o documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos.

2.6 Aviso de Sinistro: é a comunicação da ocorrência de um evento (sinistro) que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento. Pode-se dizer que é a comunicação oficial à Seguradora da ocorrência do Sinistro, sua natureza e gravidade.

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

2.8 Capital Segurado: Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, para as garantias contratadas na apólice.

2.9 Carência: é o período contínuo de tempo, apurado a partir do início de vigência do contrato, **durante o qual o Segurado não terá direito à integralidade da(s) garantia(s) contratual(is)**, sendo inexistente em caso de acidente pessoal. Ver item 7.

2.10 Certificado Individual: É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

2.11 Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice e do Contrato, da Proposta de adesão e do Certificado Individual.

2.12 Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

2.13 Contrato: Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da Seguradora, dos Segurados, e dos Beneficiários.

2.14 Diária Segurada: É a importância a ser paga ao Segurado em função do valor estabelecido para a garantia adicional de Diárias por Internação Hospitalar, vigente na data do evento.

2.15 Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências: são as doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências e que eram de seu conhecimento prévio ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação e que não tenha sido declarada na Proposta de Adesão. A preexistência de doenças ou lesões poderá ser constatada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

2.16 Estipulante: Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

2.17 Excedente Técnico: Saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

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

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

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

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

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

2.23 Indenização: Valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

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

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

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

2.27 Período de Cobertura: Aquele que durante o qual o Segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;

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

2.29 Proponente: O interessado em contratar a garantia (ou garantias), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

2.30 Proposta de Adesão: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.31 Proposta de Contratação: 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 garantia (ou garantias), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

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

2.33 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.

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

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

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

2.37 Segurado Principal: É a pessoa física habilitada a ser incluída na Apólice de Seguro e que mantenha vínculo com o Estipulante/Subestipulante.

2.38 Segurados Dependentes: Para este seguro, consideram-se Segurados Dependentes o Cônjuge/Companheiro(a) e Filhos do Segurado Principal, observando as definições constantes na cláusula 4.3 destas condições e desde que o Segurado Dependente não esteja incluído no seguro como Segurado Principal.

2.39 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.

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

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

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

3. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir, dentro dos limites e sob as condições gerais aqui enumeradas, o pagamento de uma indenização ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições do contrato.

4. 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. Poderá haver extensão de cobertura para os Segurados Dependentes, conforme Cláusula Suplementar definida nessas condições gerais.

Importante: As garantias adicionais não são extensivas aos Segurados Dependentes e somente poderão ser concedidas para a totalidade do grupo segurado.

4.1 Garantias Básicas:

4.1.1 Morte Acidental (MA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), referente ao valor do Capital Segurado contratado, caso o Segurado venha a falecer por acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência deste seguro.

4.1.1.1 Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se apenas 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:

- i. Não incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e,
- ii. Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4.1.2 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 contratado, 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.

4.1.2.1 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 destas condições gerais.

4.1.2.2 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).

4.1.2.3 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.

4.1.2.4 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). 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.

4.1.2.5 A indenização para a cobertura de IPA será paga de uma única vez.

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

4.1.2.7 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.

4.1.2.8 A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

4.1.2.9 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.

4.2 Garantias Adicionais:

4.2.1 Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO): garante o reembolso, limitado ao valor do capital segurado contratado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para o seu tratamento no caso de acidente pessoal coberto, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente.

4.2.1.1 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 (aparelho ou equipamento que venha a sustentar ou corrigir alguma parte do corpo humano) de qualquer natureza e a próteses (substituição de um órgão ou parte dele por uma peça artificial) de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

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

4.2.1.3 Ressaltamos que cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que os profissionais sejam legalmente habilitados.

4.2.2 Diárias por Internação Hospitalar (DIH): É a garantia do pagamento de uma indenização proporcional ao período de internação do Segurado e de acordo com o valor contratado na apólice, para cada dia de internação hospitalar do mesmo, em consequência de acidente pessoal coberto.

4.2.2.1 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).

4.2.2.2 Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada na apólice, limitada a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias e ao valor da Diária Segurada contratada, independente das despesas efetuadas pelo Segurado.

4.2.2.3 Poderá ser estipulado período de franquia para esta garantia, o qual estará especificado no contrato de seguro.

4.2.2.4 Considerar para fins desta garantia:

- a. Internação Hospitalar: período de permanência do Segurado na instituição hospitalar legalmente habilitada por determinações médicas, resultantes de acidente pessoal ocorrido com o mesmo.

4.2.3 Diárias por 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 coberto.

4.2.3.1 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.

4.2.3.2 Poderá ser estipulado período de franquia para esta garantia, o qual estará especificado no contrato de seguro.

4.2.3.3 Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada na apólice, limitada a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias e ao valor da Diária Segurada contratada, independente das despesas efetuadas pelo Segurado.

4.2.4 Auxílio Funeral (AF): Garante à pessoa que efetuou o pagamento de despesa com funeral, em caso de morte por acidente do Segurado, o 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.

4.2.4.1 Esta garantia será válida também em caso de morte do cônjuge/companheiro(a) do segurado principal, desde que contratada especificamente esta garantia especial e que tenha sido incluída pela cláusula suplementar de inclusão de dependentes, constante do contrato.

4.2.4.2 Não estão cobertos gastos com o traslado bem como com a aquisição de jazigos, terrenos ou carneiros.

4.2.5 Auxílio Alimentação (AA): Garante ao(s) Beneficiário(s), desde que contratada esta garantia, o pagamento correspondente ao Capital Segurado contratado para esta garantia, caso o Segurado Principal venha a falecer em caso de morte acidental, desde que devidamente coberta pelo seguro e durante a vigência da apólice.

4.3 Cobertura Suplementar para Segurados Dependentes

4.3.1 Quando previsto no Contrato, poderão ser incluídos no Seguro, como Segurados Dependentes, o cônjuge/companheiro(a) e/ou filhos do Segurado Principal, desde que os mesmos já não pertençam ao grupo como Segurados Principais.

4.3.1.1 Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais do mesmo grupo Segurado, os filhos poderão ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado na soma das garantias básicas contratadas, sendo este denominado Segurado Principal.

4.3.2 Conforme especificado no Contrato, a inclusão de componentes dependentes no Seguro poderá ser feita das seguintes formas:

4.3.2.1 Adesão Automática: quando abranger os componentes dependentes de todos os Segurados principais; ou

4.3.2.2 Adesão Facultativa: quando abranger os componentes dependentes dos Segurados principais que assim o autorizarem.

4.3.2.3 Para a inclusão do(s) Segurado(s) dependente(s), quando realizada de forma facultativa, a Proposta de Adesão poderá ser preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.

4.3.3 Entende-se como Cônjuge ou Companheiro(a): pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios previstos contratualmente.

4.3.4 Entende-se como Filho(s): o(s) considerado(s) dependente(s) econômico(s) do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda:

- Filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
- Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
- Filho(a) ou enteado(a) universitário ou cursando escola técnica de 2º (segundo) grau, até completar 24 (vinte e quatro) anos.

4.3.5 O Capital Segurado do(s) Segurado(s) Dependente(s), em qualquer garantia, não poderá ser superior ao Capital Segurado do Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato.

4.3.6 Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, conforme item 4.4 destas condições.

4.3.7 Os prêmios relativos aos Segurados dependentes serão pagos pelo Segurado Principal junto com os prêmios de suas próprias garantias.

4.3.8 As condições para cessação da cobertura individual dos Segurados dependentes estão definidas no item 16.3 destas.

4.4 Menores de 14 anos

4.4.1 Conforme definido na Circular SUSEP 302/05, as garantias que preveem o pagamento do Capital Segurado em caso de morte do Segurado, principal ou dependente, menor de 14 (quatorze) anos de idade destinam-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, observando as seguintes disposições:

4.4.1.1 As despesas devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios;

4.4.1.2 Não incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e,

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

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Além dos casos não enquadrados como Acidente Pessoal, tal como estabelecido na definição de Acidente Pessoal, também estão expressamente excluídos de todas as garantias deste Seguro os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta:

a) De perturbações e intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

b) 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;

c) 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;

d) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação 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;

e) De atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

f) 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;

g) Os denominados acidentes decorrentes de erros médicos, exemplificativamente, apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, parada cardíaca, trombose;

- h) De doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado, não declaradas na proposta de adesão;**
- i) Anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
- j) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;**
- k) Doação e transplante intervivos;**
- l) Todas as doenças ou transtornos mentais;**
- m) Síndrome do Pânico;**
- n) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;**
- o) Suicídio ou tentativa de suicídio cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência da cobertura individual do contrato ou da sua recondução depois de suspenso;**
- p) 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;**
- q) De choque anafilático e suas consequências, quando não decorrer diretamente de Acidente Pessoal;**
- r) De parto ou aborto e suas consequências, quando não decorrer diretamente de Acidente Pessoal;**
- s) De qualquer tipo de hérnia, mesmo de origem traumática, e suas consequências, quando não decorrer diretamente de Acidente Pessoal;**
- t) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.**
- u) De competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e/ou veículos a motor, inclusive treinos preparatórios.**
- v) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte ou incapacidade do Segurado provier de meios LEGAIS de transporte mais arriscado. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- w) Do Segurado dirigir veículo automotor ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeira aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada;**
- x) De quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental incurável, decorrente de acidente coberto.**

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

- y) 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.**
- z) Lucros Cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado.**
- aa) Perdas e Danos decorrentes, direta e indiretamente, de qualquer evento, mesmo quando coberto pela apólice.**

5.3 Além dos riscos mencionados anteriormente, estão também expressamente excluídos da garantia de Diárias por Incapacidade Temporária (DIT) os eventos ocorridos em consequência:

- a) De doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado;**
- b) De estresse, incluído “burnout”, e depressão;**
- c) De doenças crônico-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;**
- d) De tratamento dentário não decorrente de acidente pessoal e suas consequências;**
- e) De cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;**
- f) De cirurgias plásticas não reparadoras e nem decorrentes de acidentes sofridos durante a vigência do Seguro;**
- g) De fibromialgias;**
- h) De doença Miofascial;**
- i) De tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;**
- j) De tratamento clínico ou cirúrgico de hallux valgus (joanete);**
- k) De todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;**
- l) De períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorroidas;**
- m) De períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;**
- n) De tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;**
- o) De tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;**
- p) De tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;**
- q) De tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências; e**
- r) De complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos.**

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

7. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

7.1 Carências

7.1.1 Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio, ou sua tentativa, que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

7.1.2 O período de carência, quando previsto no contrato, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspenso.

7.1.3 O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não poderá exceder metade do prazo de vigência.

7.1.4 O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido no contrato do seguro.

7.2 Franquias

7.2.1 Poderá ser estabelecido período de franquia de, no máximo, 15 dias, a contar da data do evento coberto, estando este fixado no contrato do seguro.

8. INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1 Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis, sendo indispensável a comprovação do vínculo com o estipulante.

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

8.3 A contratação ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta de adesão assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

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

8.5 Recebida a proposta de adesão 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. Esse prazo também será considerado para alterações que impliquem modificação do risco.

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

8.7 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.

8.8 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 temporis”, referente à cobertura do seguro.

8.9 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 Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

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

8.11 A cada Segurado incluído no seguro, bem como em cada uma das renovações subsequentes, será enviado um Certificado Individual que conterá, no mínimo, a data de início e término da vigência das coberturas do Segurado Principal e dos Segurados Dependentes, e também o capital segurado de cada garantia relativa ao Segurado principal e aos Segurados Dependentes, além do prêmio total.

8.12 A Seguradora solicitará, quando da assinatura da proposta de adesão 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 que garantam o reembolso de despesas.

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

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1 As apólices, os certificados 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, que poderão ser de 1 (hum) ano, sendo facultada a contratação por períodos distintos (dias, meses ou anos).

9.2 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.

9.3 Nos contratos de seguro em que as propostas de adesão tenham sido recepcionadas sem o pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

9.4 Nos contratos de seguros cujas propostas de adesão 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 de adesão pela Seguradora.

9.5 Durante a vigência do Seguro, qualquer alteração no contrato ou nas taxas do seguro será feito através de aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou do seu representante legal, ratificada pelo correspondente endosso. Qualquer destas modificações que implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os Segurados, dependerá de anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

9.6 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.

9.7 Na renovação da apólice, caso haja qualquer alteração que implique em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, esta deverá ser realizada com anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

9.8 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.

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

9.10 A renovação automática não se aplica ao estipulante ou à Seguradora que comunicarem 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.

10. CAPITAL SEGURADO

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

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

Garantia	Evento	Capital Segurado Vigente na Data
Morte Acidental (MA)	Morte Acidental	Do acidente
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)	Invalidez por Acidente	Do acidente
Diária por Internação Hospitalar (DIH)	Internação Hospitalar por Acidente	Da internação Hospitalar
Diárias por Incapacidade Temporária (DIT)	Incapacidade por Acidente	Da caracterização da incapacidade
Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)	Despesas por Acidente	Do acidente
Auxílio Funeral (AF)	Morte Acidental	Do acidente
Auxílio Alimentação (AA)	Morte Acidental	Do acidente

10.3 Caso o Segurado queira aumentar o(s) seu(s) Capital(is) Segurado(s), a parcela de aumento estará sujeita à subscrição de uma nova Proposta de Adesão. Para tanto, a parcela do referido aumento será considerada como um Seguro novo, cuja aprovação dependerá de prévia aceitação por parte da Seguradora e deverá observar a carência estipulada na Apólice, se houver.

10.4 No caso de Invalidez Parcial, o Capital Segurado contratado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

10.5 Os capitais segurados do Segurado Dependente, em quaisquer garantias, não podem ser superiores aos do Segurado Principal.

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

11. RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO

11.1 Nas apólices de seguro onde os capitais segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão recalculados conforme a variação dos salários, no momento em que o Estipulante/Subestipulante comunicar à Seguradora. As variações dos capitais segurados serão também aplicadas nos respectivos valores de prêmios.

12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

12.1 Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, na data de renovação do seguro, pelo Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IPCA/IBGE - acumulado nos 12 (doze) meses anteriores ao mês da renovação, exceto para as apólices que possuam recálculo do capital segurado pela

12.2 Não se aplica a atualização monetária descrita no item anterior às apólices de Seguro onde os Capitais Segurados são contratados na forma de múltiplo salarial.

12.3 A atualização monetária não se aplica às apólices com vigência inferior a um ano.

12.4 Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IPCA/IBGE - até a data de ocorrência do sinistro, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

13. PAGAMENTO DE PRÊMIO

13.1 O custeio do seguro pode ser:

- a) Contributário: em que os Segurados Principais pagam o prêmio, total ou parcialmente; ou
- b) Não Contributário: em que os Segurados Principais não pagam prêmio, sendo o mesmo pago pelo Estipulante/Subestipulante.

13.2 Os prêmios poderão ser quitados de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, conforme definido no contrato.

13.3 O prêmio será pago sempre antecipadamente ao período de cobertura.

13.4 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.

13.5 O não pagamento do prêmio na data determinada de vencimento ensejará a abertura de prazo de tolerância, nos termos do item 14 destas Condições Gerais. Caso o prêmio não seja quitado dentro do prazo de tolerância, o seguro será cancelado, nos termos do item 15 destas Condições Gerais.

13.6 Se o Segurado atrasar o pagamento do prêmio, o valor devido deverá ser acrescido de atualização monetária, pelo índice previsto no item 12 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 14 destas Condições Gerais.

13.7 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 no contrato.

13.7.1 Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do Segurado Principal por escrito.

13.7.2 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, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

13.8 A Seguradora poderá delegar ao Estipulante/Subestipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora pelo estipulante, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a abertura de prazo de tolerância e, vencido este prazo, o cancelamento da cobertura, observado o disposto nos itens 14 e 15 dessas Condições Gerais. Fica o Estipulante/Subestipulante sujeito às cominações legais.

13.9 É expressamente vedado ao Estipulante/Subestipulante 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.

13.10 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.

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

13.12 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 ao Segurado, Beneficiário(s) ou Estipulante/Subestipulante.

13.13 Os tributos serão pagos por quem a legislação determinar.

14. PRAZO DE TOLERÂNCIA DO SEGURO

14.1 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.

14.2 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).

14.3 Sobre o prêmio quitado em atraso, incidirão juros de mora e atualização monetária conforme previsto no item 12 destas Condições Gerais.

15. CANCELAMENTO DO SEGURO

15.1 Caso, até o prazo de 30 (trinta) 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. Além disso, não caberá qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

15.2 Quando não ocorrer o pagamento do prêmio até a data do seu vencimento, conforme item anterior, o Segurado ou o(s) seu(s) Beneficiário(s), estará(ão) sem direito de receber a indenização referente a qualquer garantia contratada, no caso de ocorrência de sinistro, conforme determina o Art. 763 do Código Civil, abaixo transcrito:

“Art. 763 – Não terá direito à indenização o Segurado que estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes de sua purgação”.

15.2.1 Nos seguros contributários, a Seguradora notificará o Segurado, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios mensais em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

15.2.2 Nos seguros não contributários, em que os prêmios são pagos pelo Estipulante, a Seguradora notificará o mesmo, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios mensais em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

15.3 A Seguradora ou o Estipulante poderá solicitar o cancelamento da Apólice mediante manifestação formal em até 60 (sessenta) dias da data de fim de vigência da mesma.

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

15.5 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 Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

16. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

16.1 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

16.1.1 Caso haja diferença de prêmio, esta será restituída ao Segurado, corrigida pela variação do IPCA /IBGE “pró-rata tempore” até a data do efetivo pagamento.

16.2 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado Principal cessa, ainda:

a) Com o pagamento integral de uma das garantias contratadas: fica o Segurado automaticamente excluído da Apólice no caso do pagamento de 100% dos capitais previstos para as garantias de Morte Acidental (MA) ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

b) Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, podendo, neste caso, o Segurado optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo os custos do risco e de cobrança; ou

c) Quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando persistir a inadimplência no pagamento do prêmio após o prazo de tolerância.

16.3 Além das situações mencionadas, a cobertura de cada Segurado Dependente cessa:

a) Se for cancelada a respectiva Cláusula Suplementar;

b) Se cessar a cobertura do Segurado Principal;

c) No caso de cessação da condição de dependente; ou,

d) A pedido do Segurado Principal.

16.4 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

17. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

17.1 O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, caso haja por parte do(s) mesmo(s), seus representantes legais, corretor de seguros ou prepostos:

a) Agravarem intencionalmente o risco;

b) Inobservância da lei ou das obrigações convencionadas nesse seguro;

c) Fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências.

17.2 Se o Segurado, seu(s) Beneficiário(s), seu representante legal, corretor de seguros ou prepostos 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, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

17.2.1 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá:

I. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) Cancelar o seguro, restando, 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, restando, 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 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.

17.3 O Segurado ou o Estipulante/Subestipulante se obriga 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.

17.3.1 A Seguradora, em até 15 (quinze) dias do recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao Segurado, 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.

17.3.2 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.

18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

18.1 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) deverão comunicar o sinistro à Seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste item.

18.2 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.

18.3 Expirado o prazo máximo para pagamento do sinistro pela Seguradora, observado o critério da suspensão, o valor da indenização será atualizado monetariamente pelo Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IPCA/IBGE), 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.

18.4 A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

18.5 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.

18.5.1 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.

18.5.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

18.5.3 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.

18.6 Se houver algum impedimento legal ou físico para o recebimento da indenização, a Seguradora poderá exigir curatela ou alvará ou outro documento comprobatório necessário.

18.7 Após os prazos previstos nos itens 14 e 15 destas condições gerais, quando não ocorrer o pagamento do prêmio em atraso, o Segurado ou o(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, estará(ão) sem direito de receber a indenização referente a qualquer garantia contratada, no caso de ocorrência de sinistro, conforme determina o Art. 763 do Código Civil, abaixo transcrito:

“Art. 763 – Não terá direito à indenização o Segurado que estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes de sua purgação”.

18.8 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.

18.9 Os prazos prescricionais são aqueles determinados por lei.

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

18.10.1 Em caso de Morte Acidental:

- a) Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s), Estipulante e pelo médico assistente;
- b) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado, tais como: Ficha de Registro de Empregado, completa; Relação de FGTS onde conste o nome do Segurado, Contrato, etc... (cópia autenticada);
- c) Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- d) Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado (cópias autenticadas);
- e) Boletim de Ocorrência Policial (original ou cópia autenticada), no caso de acidente de trânsito ou qualquer outra ocorrência que exija intervenção policial;
- f) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML (cópia autenticada);
- g) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado (cópia autenticada);
- h) Cópia autenticada do Laudo do Exame toxicológico e do teor alcoólico, quando realizado.

18.10.1.1 Documentos do(s) Beneficiário(s):

- a) Cônjuge: Certidão de Casamento, Carteira de Identidade, CPF, Comprovante de Residência e o número do telefone (incluindo o DDD) do Cônjuge; (Cópias Autenticadas)
- b) Companheira(o): Carteira de Identidade, CPF, Comprovante de Residência, número do telefone (incluindo o DDD) e documento que comprove a união estável ao tempo do contrato de Seguro; (Cópias Autenticadas)

Observação 1: 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.

- c) Filhos: Certidão de Nascimento ou Carteira de Identidade, CPF e o número do telefone (incluindo o DDD); (Cópias Autenticadas)
- d) Pais e outros: Carteira de Identidade, CPF, Comprovante de Residência e o número do telefone (incluindo o DDD); (Cópias Autenticadas).

Na falta de Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado, enviar à Seguradora os seguintes documentos:

- a) Declaração de únicos herdeiros (reconhecida em cartório),
- b) Cópias Autenticadas do RG e CPF, ou na falta desses documentos, Certidão de Nascimento dos herdeiros legais do Segurado;
- c) Cópia Autenticada da Certidão de Casamento da pessoa que sofreu o sinistro (se for casado, divorciado, separado ou viúvo), extraída no cartório após o óbito do Segurado. Caso seja solteiro, enviar a Certidão de Nascimento do Segurado.
- d) Original da Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia autenticada da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário.

Observação 2: Caso o(s) Beneficiário(s) tenha(m) relação marital firmada em cartório COM COMUNHÃO UNIVERSAL OU PARCIAL DE BENS, este(s) deve(m) enviar, juntamente com os demais documentos listados anteriormente, a CÓPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO.

18.10.2 Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- a) Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado, Estipulante e médico assistente;
- b) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado, tais como: Ficha de Registro de Empregado, completa; Relação de FGTS onde conste o nome do Segurado, Contrato, etc... (cópia autenticada);
- c) Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado (cópias autenticadas);
- d) Boletim de Ocorrência Policial (original ou cópia autenticada), no caso de acidente de trânsito ou qualquer outra ocorrência que exija intervenção policial;
- e) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado (cópia autenticada);
- f) Resultados de todos os exames realizados pelo Segurado (original);
- g) Cópia autenticada do Laudo do Exame toxicológico e do teor alcoólico, quando realizado;
- h) Comunicação de Acidente de Trabalho, nos casos de acidente de trabalho (cópia autenticada);
- i) Atestado de Alta Médica definitiva, devidamente assinado pelo Médico, informando as sequelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membros lesados, inclusive o percentual (original);
- j) Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao Segurado, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente. (original ou cópia autenticada)

18.10.3 Em caso de Diária de Incapacidade Temporária:

- a) Aviso de Sinistro para Concessão de DIT preenchido pelo Segurado, Estipulante e médico assistente;
- b) Carteira de Identidade, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópias autenticadas). 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) Comunicação de Acidente de Trabalho, nos casos de acidente de trabalho (cópia autenticada);
- e) Boletim de Ocorrência Policial (original ou cópia autenticada), no caso de acidente de trânsito ou qualquer outra ocorrência que exija intervenção policial;
- f) Ficha ou Prontuário médico hospitalar de atendimento de urgência, se for o caso (cópia autenticada);
- g) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado, tais como: Ficha de Registro de Empregado completa; Relação de FGTS onde conste o nome do Segurado, Contrato, etc... (cópia autenticada).

18.10.4 Em caso de Diária de Internação Hospitalar:

- a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado, Estipulante 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) Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado (cópias autenticadas);
- d) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- e) Comunicação de Acidente de Trabalho, nos casos de acidente de trabalho (cópia autenticada);

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

- a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado, Estipulante e pelo médico assistente;
- b) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado, tais como: Ficha de Registro de Empregado, completa; Relação de FGTS onde conste o nome do Segurado, Contrato, etc.
- c) Carteira de Identidade, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópias autenticadas);
- 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 pelo Segurado;
- g) Comunicação de Acidente de Trabalho, nos casos de acidente de trabalho (cópia autenticada);
- h) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado (cópia autenticada);
- 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.

19. FORMAS DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

19.1 As indenizações decorrentes da garantia de Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) serão pagas sob a forma de pagamento único. Após o pagamento de indenização total, o Segurado será automaticamente excluído da apólice.

19.2 A garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) será paga sob a forma de pagamento único, como reembolso das despesas do evento coberto.

19.3 Para as garantias de Diárias (DIT e DIH), o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período de diárias contratada na apólice, observando o limite máximo indenizável de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

19.4 A garantia de Auxílio Funeral (AF) será paga sob a forma de pagamento único, como reembolso das despesas do evento coberto.

19.5 A garantia de Auxílio Alimentação (AA) será paga sob a forma de pagamento único, como reembolso das despesas do evento coberto.

19.6 Importante: Nos casos de indenização parcial o Segurado permanecerá na apólice e terá o Capital Segurado automaticamente reintegrado após cada sinistro.

20. BENEFICIÁRIOS

20.1 Os beneficiários serão designados pelo Segurado na proposta de adesão, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

20.2 Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

20.3 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.

20.4 No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPTA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias por Incapacidade Temporária (DIT) ou Diárias por Internação Hospitalar (DIH), o próprio Segurado será o beneficiário.

20.5 No caso de morte do dependente, incluído de forma automática, o beneficiário será o Segurado Principal.

21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

21.1 Constituem obrigações do Estipulante/Subestipulante:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;
- d) Discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- h) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- i) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

- j) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- k) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante; e
- l) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado.

21.2 Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a cobrança de juros e atualização monetária ou o cancelamento das garantias, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

22. EXCEDENTE TÉCNICO

22.1 Se previsto no Contrato, poderá ser instituída a cláusula de Excedente Técnico. A referida cláusula estabelece as condições de distribuição, ao Estipulante e/ou aos Segurados, dos resultados da apólice.

22.2 Para fins de apuração de resultado técnico, considera-se como:

22.3 Receita:

- a. Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b. Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

22.4 Despesa:

- a. Comissões de corretagem pagas durante o período;
- b. Comissões de administração ("pró-labore") pagas durante o período;
- c. Comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d. Custos de IOF, COFINS e PIS incidentes sobre a operação de seguros;
- e. Valor total dos sinistros em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- f. Reserva de IBNR, apurada conforme as normas técnicas, correspondente aos sinistros ocorridos durante a vigência da apólice e ainda não avisados por ocasião do vencimento da mesma;
- g. Valor total das despesas de investigação que porventura se fizerem necessárias à regulação de sinistros avisados no período de apuração;
- h. Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- i. Despesas efetivas de administração da Seguradora de acordo com o estabelecido no contrato; e,
- j. Outras despesas extraordinárias.

22.5 As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a. O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- b. O aviso à Seguradora, para sinistros;
- c. A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e,
- d. As datas em que incorreram, para as despesas de administração.

22.5.1 A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente com base no IPCA-IBGE desde o término do período de apuração determinado no Contrato até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos Segurados e/ou Estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no Contrato, observando o disposto no subitem 22.6.1 destas condições gerais.

22.6 A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no Contrato, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

22.6.1 Nos Seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo Segurado, na forma estabelecida no Contrato.

22.7 No caso de cancelamento da apólice, não haverá pagamento de Excedente Técnico.

23. FORO

23.1 As questões judiciais, entre o Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro de domicílio do Segurado ou do Beneficiário ou do Estipulante, 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.

24. ANEXO I – TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre importância segurada
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSOS	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

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre importância segurada
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	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
	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.	Sem indenização
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um dos quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	Sem indenização
	Encurtamento de um dos membros inferiores: de 5 (cinco) centímetros ou mais	15

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre importância segurada
	Encurtamento de um dos membros inferiores: de 4 (quatro) centímetros	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores: de 3 (três) centímetros	6
	Encurtamento de um dos membros inferiores: menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização