



ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO EVENTOS

Processo Susep Nº. 15414.628496/2024-71

Condições Gerais

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. OBJETIVO DO SEGURO | 3 |
| 2. DEFINIÇÕES | 4 |
| 3. COBERTURA DO SEGURO | 9 |
| 4. RISCOS EXCLUIDOS | 14 |
| 5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE ABRANGÊNCIA | 16 |
| 6. CARÊNCIA | 16 |
| 7. FRANQUIA | 16 |
| 8. CONTRATAÇÃO, ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO | 17 |
| 9. INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURADO | 18 |
| 10. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL | 19 |
| 11. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO | 20 |
| 12. PAGAMENTO DO PRÊMIO | 21 |
| 13. ATUALIZAÇÃO DO(S) CAPITAL (IS) SEGURADO (S) E PRÊMIO (S) | 22 |
| 14. DATA DO EVENTO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO | 23 |
| 15. BENEFICIÁRIO | 24 |
| 16. COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO | 25 |
| 17. PERDA DE DIREITO A INDENIZAÇÃO | 30 |
| 18. CANCELAMENTO DO SEGURO | 31 |
| 19. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL | 32 |
| 20. MODIFICAÇÃO DO RISCO | 33 |
| 21. OPÇÃO PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL | 34 |
| 22. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE | 35 |
| 23. REGIME FINANCEIRO | 36 |
| 24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO | 37 |
| 25. MORA | 38 |
| 26. FORO | 39 |

1. OBJETIVO

O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), em caso de ocorrência, durante o período de vigência deste seguro, de algum dos eventos cobertos previstos nas coberturas contratadas, exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Gerais e Contratuais do Seguro.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: é 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 a invalidez funcional permanente total ou parcial do Segurado, observando-se que:

Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) Os acidentes decorrentes da 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 accidental 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.

a) Excluem-se desse conceito:

- a) As doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível, causado em decorrência de acidente coberto;
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: 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 médica-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

2.2. Âmbito Geográfico de Cobertura: é a delimitação física da(s) cobertura(s)

abrangida(s) pelo Seguro.

2.3. Apólice: é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a celebração do Contrato de Seguro Coletivo.

2.4. Beneficiário: é a pessoa designada pelo Segurado para receber a indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado. O Segurado poderá designar, caso não exista impedimento legal, mais de um Beneficiário. No caso do reembolso da cobertura de Auxílio Funeral (AUX) o beneficiário será aquele que comprovar o pagamento das despesas com o funeral.

2.5. Capital Segurado Global: Modalidade de Capital Segurado para a contratação coletiva, respeitando os critérios técnico-operacionais estabelecidos no Contrato de Seguro, sendo que o Capital Segurado Global estabelecido se refere a totalidade do Capital Segurado.

2.6. Capital Segurado Individual: É o 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 será igual para todos os segurados em um mesmo Evento.

2.7. Carênciа: É o período contínuo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado não terá direito à integralidade da(s) cobertura (s) contratual(is), sendo inexistente em caso de acidente pessoal.

2.8. Coberturas: são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

2.9 Condições Contratuais: É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice e do Contrato de Seguro.

2.10. Condições Gerais: São as cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo os direitos e deveres do Segurado, da Seguradora, dos Beneficiários e do Estipulante.

2.11. Contrato: É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

2.12. Estipulante: É a pessoa natural ou jurídica que administra a Apólice e representa os segurados perante a Seguradora, tendo suas obrigações definidas nas Condições Gerais do Seguro.

2.13. Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) cobertura(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.14. Grupo Segurado: É constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido aceitos como segurados, desde que já tenha iniciado a vigência da cobertura individual.

2.15. Grupo Segurável: É o conjunto de pessoas que mantém vínculo com o Estipulante, ou seja, são os organizadores, visitantes ou expectadores dos Eventos promovidos pelo Estipulante.

2.16. Indenização: é o valor devido pela Seguradora, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), correspondente ao Capital Segurado Individual, quando da ocorrência de evento coberto contratado.

2.17. Início de Vigência da Cobertura Individual: É a data a partir da qual o Segurado está coberto pela(s) cobertura(s) deste Seguro.

2.18. Liquidação do Sinistro: É o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.

2.19. 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.

2.20. Prêmio: é o valor que o Segurado Principal e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) cobertura(s) contratada(s).

2.21. Proponente Estipulante: É a pessoa natural ou jurídica que, mediante preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação, propõe a contratação do Seguro e, que passará à condição de Estipulante da Apólice.

2.23. Proposta de Contratação: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

2.24. Regime Financeiro de Repartição Simples: É aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações neste mesmo período.

2.25. Riscos Excluídos: São eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

2.26. Segurado: É o componente do grupo segurável efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.

2.27. Seguradora: é a Companhia de Seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

2.28. Serviço de Assistência Funeral: são os procedimentos necessários à realização do funeral e traslado do corpo do Segurado, dentre outros, obedecido os limites e as condições estabelecidas nas Condições Contratuais, no caso de opção pela prestação de serviço da cobertura de Auxílio Funeral (AUX).

2.29. Sinistro: é a ocorrência de um evento coberto previsto contratualmente.

2.30. Vigência do Seguro: é o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.

2.31. Vigência da Cobertura Individual: é o período em que o Segurado está coberto pela(s) cobertura(s) deste Seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

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

Coberturas Básicas:

Morte Acidental (MA): é a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) em caso de morte do Segurado, ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do Seguro.

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

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

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

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): é a cobertura que garante o pagamento de uma Indenização ao próprio Segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada pelo evento acidente pessoal, 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, conforme Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, anexa às presentes Condições Gerais.

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

Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado.

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 a da indenização prevista para sua perda total.

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

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta cobertura.

A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)**.

A indenização por morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam. Se, depois de pagar uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), verifica-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): é a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao próprio Segurado, relativa à perda ou a impotência funcional definitiva total de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada pelo evento acidente pessoal, 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, serão indenizados exclusivamente os casos de invalidez permanente que seguem:

- I A perda total da visão de ambos os olhos;
- II A perda total do uso de ambos os membros superiores;
- III A perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- IV A perda total do uso de ambas as mãos;
- V A perda total do uso de um membro superior e um inferior;
- VI A perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- VII A perda total do uso de ambos os pés;
- VIII A alienação mental total incurável; e
- IX Nefrectomia bilateral.

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

c) O limite para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) será sempre igual ao Capital Segurado contratado.

d) 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.

e) A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

f) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que se trata esta cobertura.

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

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

i) **Coberturas Adicionais:** A contratação de quaisquer coberturas a seguir está condicionada a contratação de pelo menos uma das coberturas básicas mencionadas no item 3.2, observadas ainda as disposições constantes na descrição de cada cobertura.

Auxílio Funeral (AUX): Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o reembolso de despesas ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, a critério do beneficiário, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado, seja por causas naturais ou accidentais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, nas Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

A opção pela utilização da prestação de serviço de Assistência Funeral deve ser feita mediante solicitação expressa do beneficiário.

O Beneficiário que optar por utilizar a prestação de serviços de Assistência Funeral, não terá qualquer direito a reembolso posterior.

Os eventos / serviços abrangidos pela cobertura de Auxílio Funeral (AUX) ou Serviço de Assistência, conforme opção do beneficiário, estão dispostos abaixo:

Atendimento Social: Na ocorrência do óbito do Segurado, após a liberação do corpo pelos órgãos competentes e de acordo com os eventos cobertos, a família ou responsável deverá entrar em contato com a funerária de sua escolha, no caso de opção por reembolso. Quando da opção pela prestação de serviço, a Seguradora deverá ser contatada, que após conferir as informações, comunicará a funerária credenciada ou autorizada no município, para que seja providenciado tudo que for necessário para a execução do funeral. O acompanhamento de um membro da família será solicitado, caso a legislação local exija.

Transporte de Familiar para a Liberação do Corpo: No caso de falecimento do Segurado fora de seu município de residência e havendo a necessidade de um membro da família para liberação do corpo, quando da opção pela prestação do serviço a Seguradora fornecerá um meio de transporte mais apropriado, a seu critério. A Seguradora também fornecerá hospedagem em hotel, a seu critério, por um período mínimo necessário para a liberação do corpo, desde que não ultrapasse o limite preestabelecido para a prestação dos serviços de

funeral. Qualquer importância monetária que ultrapassar este limite será de responsabilidade da família e/ou responsável pelo Segurado. Quando da opção por reembolso, esta despesa será resarcida mediante comprovação e respeitado o Capital Segurado contratado.

Funeral: Composto pelos seguintes itens, de acordo com o limite de despesas fixado:

- a) Urna;
- b) Higienização básica e ornamentação do corpo (com flores da estação);
- c) Coroa de flores da estação;
- d) Véu;
- e) Paramentos e velas (cavaletes, castiçais e cristo (conforme região) disponibilizados quando necessário e permitido pela família);
- f) Carro fúnebre para remoção dentro do município;
- g) Registro em cartório, quando autorizado pela legislação local;
- h) Livro de presença (conforme disponibilidade local);
- i) Locação de sala para velório em capelas municipais ou particulares;
- j) Taxas de sepultamento em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente ou cremação;
- k) Locação de jazigo (por 3 anos) em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente, quando necessário e disponível na cidade.

Em caso de opção pela prestação de serviços, todos os itens acima serão disponibilizados conforme infraestrutura local. Não caberá à Seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou sejam comercializados em determinadas praças.

Cremação: Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que exista o serviço de cremação num raio máximo de 100 km (cem quilômetros), e o posterior retorno das cinzas aos familiares.

Sepultamento: Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal ou outro cemitério, na cidade indicada por esta.

Traslado: No caso de falecimento do Segurado fora de seu município de residência, em território nacional, translado da cidade onde ocorrer o óbito até o local de domicílio do Segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.

Transmissão de Mensagens Urgentes: Na ocorrência do óbito, de acordo com os eventos previstos, transmissão para a família do Segurado ou pessoas indicadas por esta, mensagens urgentes sobre o acontecimento. Na hipótese de os valores excederem o limite de Capital Segurado, a diferença será de responsabilidade dos familiares do Segurado.

Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO): é a cobertura que garante o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente. A Seguradora indenizará, por evento, as despesas médicas e odontológicas, bem como diárias hospitalares, incluídas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado, até o valor contratado para a referida cobertura.

Não estão abrangidas 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 próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.
- c) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) De qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, Lesão por Trauma Continuado (LTC), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível.
- b) De perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.
- c) De ato ilícito doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro; e no caso de seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes.
- d) 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.
- e) 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.
- f) 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.
- g) De atos terroristas.
- h) Do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura individual.
- i) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.
- j) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.
- k) De perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto; e
- l) De epidemias e pandemias declaradas por órgão competente.
- m) Os riscos excluídos previstos nos itens 4.1.5 e 4.1.9 não se aplicam aos casos em que o acidente pessoal sofrido pelo Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

As coberturas previstas nestas Condições Gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos dentro das dependências do recinto da realização do Evento circundado pela parte cercada/murada, cuja localização pode ser em qualquer parte do globo terrestre.

6. CARÊNCIA

Não haverá a incidência de carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para o caso de suicídio que deverá ser respeitada uma carência de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

7. FRANQUIA

Não haverá incidência de franquia.

8. CONTRATAÇÃO, ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

O Seguro deverá ser contratado mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação, podendo ser esta por meios eletrônicos conforme a determinação de legislação em vigor, pelo Proponente Estipulante, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros.

Recebida Proposta de Contratação pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Contratação por escrito ao Proponente Estipulante, o Seguro considera-se aceito.

- a) Não serão recepcionadas Propostas de Contratação com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.
- b) A aceitação do Seguro estará sujeita à análise da Proposta de Contratação e/ou Risco.
- c) A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar do Proponente Estipulante, apenas uma vez, a documentação que achar necessária. Nestes casos, o prazo previsto no item **Erro! Fonte de referência não encontrada.** destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- d) A não aceitação da Proposta de Contratação será comunicada ao Proponente Estipulante por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, consequentemente, cancelamento da Proposta de Contratação.
- e) Após a aceitação da Proposta de Contratação a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro, em nome do Estipulante, com a indicação das coberturas contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao Seguro contratado.
- f) Deverá ser contratado um Capital Segurado Global que, em caso de sinistro, será rateado entre os segurados vigentes na Apólice, conforme metodologia apresentada no item 10.
- g) Não haverá emissão de certificado individual.
- h) 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.

9. INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURADO

A inclusão de possíveis segurados será feita por adesão ao Seguro de forma compulsória, abrangendo todo o grupo segurável.

10. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

Para as coberturas Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Auxílio Funeral (AUX), o Capital Segurado Individual será calculado tomando-se por base o valor do Capital Segurado Global contratado, para cada cobertura, dividido pelo número de segurados participantes do Evento organizado pelo Estipulante.

$$\textit{Capital Segurado Individual} = \frac{\text{Capital Segurado Global}}{\text{Número de Segurados}}$$

O Capital Segurado Individual será igual para todos os segurados em um mesmo Evento.

O valor do Capital Segurado da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) será determinado aplicando-se o percentual, definido na Proposta de Contratação e nas Condições Contratuais, ao Capital Segurado Individual calculado através da formulação do item 10.1.

11. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

A vigência da Apólice, bem como a vigência das coberturas individuais, será especificada no Contrato de Seguro.

- a) O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão ou de outra data acordada entre a Seguradora e o Estipulante, sendo esta ratificada no Contrato de Seguro.
- b) O término de vigência da cobertura individual será no momento em que o Segurado deixar as dependências dos locais de realização dos Eventos ou outra data acordada entre a Seguradora e o Estipulante, sendo esta ratificada no Contrato de Seguro.
- c) As apólices e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.
- d) O presente Seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos do Contrato de Seguro.
- e) A renovação da Apólice, que não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, poderá ser realizada por intermédio do Estipulante.
- f) Todas as renovações da Apólice serão feitas de forma expressa, não havendo a possibilidade de renovação automática da Apólice.
- g) Durante a vigência do Seguro ou na sua renovação, qualquer modificação ocorrida na Apólice, deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Estipulante ou de seu representante legal, ratificada pelo correspondente endosso, sendo que se a alteração implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, dependerá de anuênciam, prévia e expressa, de 3/4 (três quartos) do grupo segurado.
- h) O desinteresse pela renovação da Apólice, ao fim do período de vigência, deverá ser comunicado pela Seguradora ou pelo Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

O custeio do Seguro será **não contributário**, em que os prêmios são pagos integralmente pelo Estipulante.

- a) O prêmio por Evento será pago de forma única e antes do início de vigência do Seguro.
- b) O não pagamento do prêmio único antes do início de vigência do Seguro implicará na não existência da cobertura securitária.
- c) Quando a data limite para pagamento do prêmio coincidir com feriado bancário ou final de semana, o pagamento poderá ser efetuado, sem atualização e os juros previstos, no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário.
- d) Os tributos incidentes sobre a contratação do Seguro serão recolhidos na forma da Lei.

13. ATUALIZAÇÃO DO(S) CAPITAL(IS) SEGURADO(S) E PRÊMIO(S)

O(s) Capital (is) Segurado(s) e o(s) prêmio(s) será(ão) atualizado(s) a cada aniversário do Seguro com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

- a) Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.
- b) Para alterações facultativas no Capital Segurado global, o Estipulante deverá solicitar formalmente e expressamente à Seguradora, observando o item 11.d.
- c) As Apólices com vigência igual ou inferior a 1 (um) ano não sofrerão atualização do(s) Capital(is) Segurado(s) e do(s) prêmio(s).
- d) Os Capitais Segurados pagáveis por morte accidental ou invalidez total ou parcial por acidente serão atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) até a data de ocorrência do sinistro.

14. DATA DO EVENTO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento a data do acidente.

A reintegração do Capital Segurado individual relativo às coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) é automática após cada acidente.

15. BENEFICIÁRIO(S)

O Capital Segurado Individual será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), o próprio Segurado será o Beneficiário.

Para a cobertura de Auxílio Funeral (AUX), quando o(s) Beneficiário(s) optar(em) pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, a Seguradora, providenciará os mesmos, conforme disposto no item 21. Neste caso, o(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito ao reembolso de despesas com funeral.

Na cobertura de Auxílio Funeral (AUX), em caso de opção pelo reembolso de despesas, o beneficiário será o responsável pelo pagamento das despesas com o funeral.

16. COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- a) Em caso de sinistro, o Estipulante deverá comunicar o sinistro à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro a ser fornecido pela Seguradora, e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados no item 16.g.
- b) Na cobertura de Auxílio Funeral (AUX), tendo sido feita opção pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, o(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito ao reembolso de despesas com funeral.
- c) O prazo para pagamento da indenização, por parte da Seguradora, é limitado a 30 (trinta) dias contados a partir da entrega, pelo Segurado ou Beneficiário, da documentação básica necessária para a regulação do sinistro, definida no item 16.g destas Condições Gerais.
- d) Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar nova documentação. Neste caso, a contagem do prazo para o pagamento da indenização será suspensa e voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências solicitadas.
- e) A critério da Seguradora poderão ser solicitados outros documentos ao Estipulante para liquidação de sinistros.
- f) A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:
 - g) Em caso de morte accidental:
 - I Formulário de Aviso de Sinistro, devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo seu preposto/Beneficiário e pelo respectivo Médico Assistente (com carimbo e número de C.R.M);
 - II Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
 - III Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
 - IV Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - V Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
 - VI Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
 - VII Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
 - VIII Declaração de filhos firmada em cartório e assinada por duas testemunhas, informando quantos e quais são os filhos do segurado, se os filhos forem beneficiários;
 - IX Cópia do Comprovante de Residência do Segurado;

X Documentos do(s) Beneficiário(s):

XI Cópia do comprovante de residência do Beneficiário, independentemente de qual seja o beneficiário descrito nos itens abaixo;

XII Cônjugue: cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada com a averbação do óbito, Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento;

XIII Companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento, Formulário de autorização de pagamento;

XIV Filhos: Certidão de nascimento ou cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento;

XV Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização e pagamento; e

XVI Beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito.

XVII Declaração de únicos Herdeiros: Caso o Segurado não tenha indicado seus beneficiários, em conjunto com a documentação de regulação de sinistros, deverá ser encaminhada a declaração de únicos herdeiros juntamente documentação dos respectivos beneficiários.

XVIII Se necessário documentos solicitados serão solicitados

Se contratada a cobertura de Auxílio Funeral (AUX), além dos documentos listados nas alíneas “a” até “j”), será necessária a apresentação dos seguintes documentos:

Reembolso de Despesas com Funeral:

- a) Originais dos comprovantes das despesas com Funeral;
- b) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPD, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do custeador das despesas com funeral;
- c) Se o custeador for Pessoa Jurídica, encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social, em caso de termo de Cessão à empresa.
- d) Reembolso de Despesas com Locação de Jazigo:
- e) Cópia do Contrato de locação do Jazigo;
- f) Originais dos comprovantes das despesas com locação do jazigo;
- g) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do responsável pela compra do jazigo.
- h) Reembolso de Despesas com Repatriamento do Corpo:

- i) Cópia autenticada do documento oficial comprobatório do repatriamento do corpo;
- j) Originais dos comprovantes das despesas com o repatriamento do corpo;
- k) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do custeador das despesas com funeral.

Se o custeador for Pessoa Jurídica, encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social, em caso de termo de Cessão à empresa.

Para menores de 14 anos, somente está previsto o reembolso de despesas com funeral não estando previsto o reembolso de despesas com locação ou compra de jazigo ou repatriamento do corpo.

A documentação informada acima é básica, podendo ser solicitados outros documentos complementares.

Em caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- f) Cópia do boletim de pronto atendimento hospitalar;
- g) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- h) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- i) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.
- j) Em caso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas:
- k) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- l) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;
- m) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

- n) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- o) Recibos originais de pagamentos efetuados aos prestadores de serviços médico-hospitalares;
- p) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- q) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.
- r) Em caso de acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, esse deverá ser comunicado ao Estipulante, antes da retirada do acidentado do recinto de realização do Evento.

Sem essa comunicação, a Seguradora fica isenta de qualquer responsabilidade de indenização, exceto se, sobre a ocorrência, houver registro policial.

- s) As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- t) E O Segurado acidentado deverá recorrer, a sua custa, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.
- u) As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.
- v) O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado Individual vigente na data do evento.
- w) O Capital Segurado Individual vigente na data do evento será calculado conforme a metodologia apresentada no item 10.
- x) Caso o pagamento da indenização não seja efetuado no prazo previsto no item 16.3, deverá ser observado o disposto no item 25.
- y) O não pagamento da indenização no prazo previsto no item 16.3 implicará na aplicação de juros moratórios a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização.
- z) 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.
- aa) Possuindo o Segurado mais de um Seguro, nesta ou em outra seguradora, garantindo o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados pelo Segurado proporcionalmente aos limites segurados para a cobertura em todas as apólices em vigor, nesta ou em outras Seguradoras, na data do evento.

bb) Divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza ou extensão das lesões ou doenças, devem ser submetidas a uma junta médica, proposta pela Seguradora por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias contados a partir da data da contestação. A junta médica será constituída de 3 (três) membros, sendo: um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

cc) Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro, desempatador, será paga por ambos, em partes iguais.

dd) O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

As indenizações decorrentes das coberturas de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e Auxílio Funeral (AUX) serão pagas sob a forma de pagamento único.

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

17. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do(s) prêmio(s) vencido(s), caso haja por parte deles, seus prepostos, seu(s) corretor(es) de seguro, seu(s) Beneficiário(s) ou Estipulante:

- a) **Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão que tenham influenciado na aceitação do Seguro;**
- b) **Inobservância das obrigações convencionadas na Apólice;**
- c) **Fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências; e/ou**
- d) **Se houver, intencionalmente, o agravo do risco Segurado.**
- e) **Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, prevista no subitem a), não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade seguradora poderá:**
 - f) **Na hipótese de não ocorrência do sinistro:**
 - g) **Cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
 - h) **Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**
 - i) **Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado Individual, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido.**
 - j) **Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento do Capital Segurado Individual, 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.**
 - k) **O(s) Beneficiário(s) não terão direito ao Capital Segurado quando o Segurado se suicidar nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial da cobertura individual.**

18. CANCELAMENTO DO SEGURO

Em caso de inadimplência por falta de pagamento do prêmio, o Seguro será cancelado imediatamente após a data do vencimento do prêmio não pago.

- a) O não pagamento do prêmio implicará na inexistência da cobertura securitária.
- b) O Seguro poderá ser rescindido mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias, pela Seguradora, em caso de descumprimento das obrigações previstas no item 22 por parte do Estipulante.
- c) No caso de falência, extinção, liquidação ou desaparecimento do Estipulante, o Seguro será automaticamente rescindido.
- d) O Seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, com anuênciam prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- e) No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa tanto da Seguradora quanto do Estipulante e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo de vigência decorrido.
- f) O Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

19. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

O prazo de vigência da cobertura individual pode ser abreviado em razão do cancelamento da Apólice ou de sua não renovação.

Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, ou seja, a cobertura individual cessa quando o Segurado deixar as dependências dos locais de realização dos Eventos.

20. MODIFICAÇÃO DO RISCO

Quaisquer alterações ocorridas durante a vigência da Apólice que impliquem em circunstâncias que modifiquem a natureza dos riscos cobertos deverão ser comunicadas à Seguradora para que se façam os devidos ajustes.

- a) O Estipulante está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder direito à cobertura, caso fique comprovado que se silenciou por má-fé.
- b) Tal comunicação será submetida novamente à análise de aceitação do Risco.
- c) Poderá a Seguradora, dentro dos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, dar ciência, por escrito, da decisão de cancelar a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- d) 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.

21. OPÇÃO PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

Quando contratada as coberturas previstas no item i) e realizada a opção pela prestação dos serviços de Assistência Funeral, os serviços garantidos por este Seguro serão prestados dentro das normas legais e regulamentares de cada município onde se realizarem.

- a) Ressalta-se que a boa execução dos serviços dependerá, também, da colaboração dos familiares do Segurado, os quais deverão acionar imediatamente o serviço de Assistência, na eventualidade do óbito do Segurado, dispondo-se a acompanhar a pessoa indicada para providenciar o funeral, junto aos órgãos e repartições públicas, sempre que for necessário.
- b) Ao se acionar o serviço de Assistência, deverá ser informado o nome do Segurado falecido e o número da Apólice/Certificado correspondente.
- c) O presente Seguro não contempla a prestação dos seguintes serviços:
- d) Aquisição de jazigo ou carneiro;
- e) Cremação, em caso de falecimento, para Segurados que residam em municípios que não disponham desse serviço;
- f) Despesas extras ou não previstas no padrão de serviço contratado;
- g) Pedidos de assistência funeral anterior ao início de vigência do Seguro;
- h) Exumação de corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;
- i) Custos de manutenção do jazigo;
- j) Não serão prestados os serviços nas localidades onde a legislação não permita que a Seguradora ou seus conveniados possam intervir.

22. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

Constituem obrigações do Estipulante:

- 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) Fornece 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) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- j) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
- k) Informar à Seguradora quaisquer variações que resultem em uma redução igual ou superior a 20% (vinte por cento) no número de funcionários, tomando-se por base o número do grupo inicial;
- 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; e
- m) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado.

23. REGIME FINANCEIRO

Tendo em vista que o presente Seguro é estruturado dentro do Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios para Segurados e/ou Estipulante.

24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições da Apólice e as normas do Seguro.

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

25. MORA

A mora da Seguradora constituir-se-á, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável, a partir do término do prazo previsto no item **Erro! Fonte de referência não encontrada.** para a regulação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, a partir do 10º (décimo) dia em que se tornar exigível.

Em caso da devolução de prêmio em decorrência do cancelamento do Seguro, considera-se como data de exigibilidade a data de solicitação do cancelamento ou, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora, a data do efetivo cancelamento.

Em caso de mora, a taxa de juros aplicável corresponderá a 4% a.a. (quatro por cento ao ano), vedada a aplicação de taxa superior, sendo efetuada, ainda, a atualização do Capital Segurado pela variação positiva do INPC/IBGE, considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

26. FORO

O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será o do domicílio do Segurado ou do Beneficiário ou do Estipulante, conforme o caso.

Tabela para Cálculo
Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

| Invalididade Permanente | Discriminação | % sobre CS | Discriminação | % sobre CS |
|-----------------------------------|--|------------|--|------------|
| 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 inferior | 100 | Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os pés | 100 | Alienação mental total incurável | 100 |
| Parcial Diversas | Perda total da visão de um olho | 30 | Nefrectomia bilateral | 100 |
| | Surdez total incurável de ambos os ouvidos | 40 | Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista | 70 |
| | Mudez incurável | 50 | Surdez total incurável de um dos ouvidos | 20 |
| | Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral | 20 | Fratura não consolidada do maxilar inferior | 20 |
| Parcial Membros Superiores | Perda total do uso de um dos membros superiores | 70 | Imobilidade do segmento tóracico-lombo-sacro da coluna vertebral | 25 |
| | Fratura não consolidada de um dos úmeros | 50 | Perda total do uso de uma das mãos | 60 |
| | Ancilose total de um dos ombros | 25 | Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares | 30 |
| | Ancilose total de um dos punhos | 20 | Ancilose total de um dos cotovelos | 25 |
| | Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano | 18 | Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano | 25 |
| | Perda total do uso de um dos dedos indicadores | 15 | Perda total do uso da falange distal do polegar | 09 |
| | Perda total do uso de um dos dedos anulares | 09 | Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios | 12 |
| Parcial Membros Inferiores | Perda total do uso de um dos membros inferiores | 70 | Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo | |
| | Fratura não consolidada de um fêmur | 50 | Perda total do uso de um dos pés | 50 |
| | Fratura não consolidada da rótula | 20 | Fratura não consolidada de um dos segmentos tibio-peroneiros | 25 |
| | Ancilose total de um dos joelhos | 20 | Fratura não consolidada de um pé | 20 |
| | Ancilose total de um quadril | 20 | Ancilose total de um dos tornozelos | 20 |
| | Amputação do 1º. (primeiro) dedo | 10 | Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé | 25 |
| | Encurtamento de um dos membros inferiores: | | Amputação de qualquer outro dedo | 03 |
| | De 5 (cinco) centímetros ou mais | 15 | Perda total do uso de uma falange do 1º Dedo, indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo | |
| | De 4 (quatro) centímetros ou mais | 10 | | |
| | De 3 (três) centímetros | 06 | | |
| | Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização | | | |

Agosto/24