

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO VIAGEM

Processo Susep: 15414.900106/2016-96

Invest
SEGURADORA

SUMÁRIO

| | | |
|----|--|----|
| 1 | INFORMAÇÕES PRELIMINARES | 4 |
| 2 | OBJETIVO..... | 4 |
| 3 | DEFINIÇÕES..... | 5 |
| 4 | COBERTURAS DO SEGURO | 8 |
| 5 | RISCOS EXCLUÍDOS..... | 14 |
| 6 | ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA | 15 |
| 7 | CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO | 15 |
| 8 | BENEFICIÁRIOS..... | 16 |
| 9 | REGIME FINANCEIRO..... | 17 |
| 10 | PERÍODO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO | 17 |
| 11 | FRANQUIAS E CARÊNCIAS | 18 |
| 12 | CAPITAL SEGURADO..... | 18 |
| 13 | ATUALIZAÇÃO DO(S) CAPITAL(IS) SEGURADO(S) E PRÊMIO(S)..... | 19 |
| 14 | REVISÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS | 20 |
| 15 | PAGAMENTO DO PRÊMIO | 20 |
| 16 | SUSPENSÃO / REABILITAÇÃO DO SEGURADO E DAS COBERTURAS..... | 21 |
| 17 | CANCELAMENTO DO SEGURO..... | 22 |
| 18 | REAVALIAÇÃO DE TAXAS..... | 22 |
| 19 | PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO..... | 23 |
| 20 | PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO | 27 |
| 21 | INDENIZAÇÃO PROPORCIONAL | 29 |
| 22 | PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO | 29 |
| 23 | EXCEDENTE TÉCNICO..... | 30 |
| 24 | REINTEGRAÇÃO..... | 31 |
| 25 | ALTERAÇÕES CONTRATUAIS | 31 |

CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE



| | | |
|----|---|----|
| 26 | SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS..... | 32 |
| 27 | OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE..... | 32 |
| 28 | MATERIAL DE DIVULGAÇÃO | 33 |
| 29 | TRIBUTOS | 33 |
| 30 | FORO | 33 |
| 31 | RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA..... | 33 |
| | TABELA PARA CÁLCULO – INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE | 33 |

1 INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1 A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.
- 1.2 Deverão ser estabelecidos, na proposta e, conforme o caso, na apólice e no certificado individual, os valores dos prêmios e dos capitais segurados discriminados por cobertura contratada.
Os referidos documentos deverão informar a data de vencimento do pagamento do prêmio do seguro.
- 1.3 As declarações do Segurado junto à Seguradora serão revestidas, obrigatoriamente, da mais estrita boa-fé como também de exatidão, veracidade e totalidade de circunstâncias envolvidas, para a correta avaliação do risco a ser garantido e correta fixação do prêmio, pela Seguradora.
- 1.4 A contratação, alteração, prorrogação ou renovação do presente seguro será feita através de proposta de adesão com declaração pessoal de saúde preenchida e assinada pelo proponente, por seu representante legal, ou corretor de seguros habilitado.
- 1.5 Será emitido e enviado a cada segurado, um certificado individual no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.
- 1.6 Mediante a contratação deste seguro, somente serão consideradas como coberturas contratadas aquelas expressamente ratificadas, na proposta de adesão, apólice, Certificado Individual e Proposta de Contratação, tornando-se nulas e sem efeito quaisquer outras descritas nestas Condições Gerais.
- 1.7 O Segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.
- 1.8 O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 1.9 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.
- 1.10 **Este seguro é por prazo determinado tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.**
- 1.11 Toda a responsabilidade pelo pagamento das indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da INVESTPREV SEGURADORA S.A, inscrita no CNPJ 42.366.302/0001-28.
- 1.12 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

“Atenção: O seguro viagem não é seguro saúde! Leia atentamente as condições contratuais, observando seus direitos e obrigações, bem como o limite do capital segurado contratado para cada cobertura”.

2 OBJETIVO

- 2.1 O Seguro Viagem tem por objetivo garantir, ao(s) segurado(s) ou seu(s) beneficiário(s), uma indenização, limitada ao valor do capital segurado contratado, na forma de pagamento do valor contratado ou de reembolso, ou, ainda, de

prestação de serviço(s), no caso da ocorrência de riscos cobertos, desde que relacionados à viagem, durante período previamente determinado, nos termos estabelecidos nas condições contratuais.

3 DEFINIÇÕES

Para fins deste Seguro, considera-se:

- 3.1 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 Individual, para a cobertura de determinado(s) risco(s) e que servirá de base para a emissão da Apólice e/ou do Certificado Individual.
- 3.2 Acidente pessoal** - evento com data com data caracterizada, ocorrido depois do início da vigência do contrato de Seguro, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente total, ou parcial, do Segurado, ou torne necessário tratamento médico.

Incluem-se, ainda, nesse conceito:

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

Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- a) **Todas as doenças (incluídas as profissionais, ainda que por microtraumas, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravada, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, septicemias e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **Todas as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando os exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos não forem decorrentes de acidente coberto;**
- c) **Todas as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamento, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**

d) Todas 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.

- 3.3 Apólice** - Documento emitido pela Seguradora, formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante.
- 3.4 Aviso de Sinistro** – Ato de protocolização na Seguradora dos documentos, descritos nestas Condições Gerais, necessários para a solicitação de pagamento do Capital Segurado, pela ocorrência do Sinistro.
- 3.5 Bagagem** – Será considerada bagagem, para efeito de cobertura prevista nestas condições gerais, todo volume acondicionado em compartilhamento fechado, despachado, comprovadamente sob responsabilidade da companhia de transporte de passageiros. Não será considerada a bagagem não despachada sendo transportada pelo segurado como bagagem de mão.
- 3.6 Beneficiário** – Pessoa física ou jurídica designada pelo Segurado para receber o valor do reembolso das despesas ocorridas com o funeral, no caso de ocorrência de Sinistro.
- 3.7 Cancelamento** – Extinção do contrato de Seguro antes do término de sua vigência.
- 3.8 Capital Segurado** – Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto.
- 3.9 Certificado Individual** – Documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do Seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.
- 3.10 Cobertura** – Compromisso da Seguradora com o pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.
- 3.11 Condições Contratuais** – Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 3.12 Condições Especiais** – Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e, quando couber, do estipulante.
- 3.13 Condições Gerais** – conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, do(s) Segurado(s), do(s) Beneficiário(s) e, quando couber, do estipulante.
- 3.14 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.
- 3.15 Corretor** - É o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Superintendência de Seguros Privados(SUSEP) para intermediar e promover Contratos de Seguro, conforme definido na Lei nº 4.594/1964 e no Decreto-Lei nº 73/1966.
- 3.16 Culpa Grave** - Termo utilizado pra expressar forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada por negligência ou imprudência grosseira, sendo que, apesar de a ação resultar em consequências sérias ou mesmo trágica, não houve, por parte do agente, a intenção clara de obter o resultado, embora tivesse assumido a possibilidade da sua realização.

- 3.17 Doença Preexistente** – Doença de conhecimento do Segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.
- 3.18 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.
- 3.19 Evento coberto** - acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado.
- 3.20 Excedente Técnico** – Saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.
- 3.21 Garantias** - as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.
- 3.22 Grupo Segurado** - É o conjunto de pessoas físicas vinculadas ao Estipulante e efetivamente aceitas e incluídas neste Seguro.
- 3.23 Grupo Segurável** – É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante e que reúnem as condições para inclusão neste Seguro, de acordo com o disposto no Contrato de Seguro.
- 3.24 Indenização** - Valor máximo a ser pago por ocorrência do Sinistro coberto, limitado ao Capital Segurado.
- 3.25 Início de vigência** – A data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão cobertas pela Seguradora.
- 3.26 Laudo Médico** – Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.
- 3.27 Liquidação/Regulação do Sinistro** – Procedimento por meio do qual a Seguradora, avisada de um Sinistro, apura os prejuízos ou os efeitos contratuais dele decorrentes e se pronuncia quanto ao pagamento do Capital Segurado.
- 3.28 Nota Técnica Atuarial** – Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 3.29 Parentes** – Para efeito deste seguro, serão considerados parentes: os pais, filhos e irmãos.
- 3.30 Período de vigência** – Período da viagem segurada em que o segurado fará jus às coberturas contratadas. A prorrogação, se necessária, deverá ser efetivado um novo seguro antes do final da vigência da apólice anterior.
- 3.31 Prêmio** – Valor correspondente a cada um dos pagamentos feito(s) pelo(s) segurado(s), destinados ao custeio do seguro.
- 3.32 Prêmio Puro** – Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os percentuais ou valores de carregamentos e os impostos.
- 3.33 Proponente** – O interessado em contratar a(s) cobertura(s), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 3.34 Proposta de Adesão** – Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente pessoa física manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.
- 3.35 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.
- 3.36 Riscos Excluídos** – Os riscos, previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.

- 3.37 Segurado** - Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro.
- 3.38 Seguradora** - A Investprev Seguradora S.A., registrada no CNPJ sob o nº 42.366.302/0001-28.
- 3.39 Seguro Contribuintário** – aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcialmente para o estipulante, e este o repassa à seguradora.
- 3.40 Seguro Não Contribuintário** – Aquele em que o estipulante paga a totalidade do prêmio à seguradora.
- 3.41 Sinistro** – Ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.
- 3.42 Viagem Segurada** – Período compreendido entre a data de início e término da viagem, conforme determinado nas condições contratuais. Não se enquadra como viagem segurada aquela por período indeterminado, seja por excursão ou individualmente, ou por períodos que excedam o limite estipulado na apólice, bem como, se não reconhecida ou devidamente comprovadas. Salvo em casos de prorrogações efetivadas e quitadas.

4 COBERTURAS DO SEGURO

4.1 COBERTURAS BÁSICAS

4.1.1 DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS EM VIAGEM NACIONAL

Consiste no reembolso e/ou prestação de serviços correspondentes, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, ocasionado por acidente pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorrida durante o período de viagem nacional e uma vez constatada a sua saída de sua cidade de domicílio.

Em caso de reembolso, o segurado tem livre escolha pelos prestadores de serviços médicos, desde que legalmente habilitados.

Estarão cobertos pela cobertura de DMHO em viagem nacional os episódios de crise ocasionados por doença preexistente ou crônica, quando gerar quadro clínico de emergência ou urgência, até o limite do capital segurado contratado para a cobertura, das despesas relacionadas à estabilização do quadro clínico do segurado que lhe permita continuar viagem ou retornar ao local de sua residência, não havendo cobertura para a continuidade e o controle de tratamentos anteriores, check-up e extensão de receitas.

Para efeito do disposto no parágrafo anterior, considera-se:

- a) Emergência: situação onde o segurado necessita de atendimento imediato, pois existe risco de morte; e
- b) Urgência: situação onde o segurado necessita de atendimento, não caracterizado como de emergência, podendo aguardar o atendimento de casos emergenciais.

Excluem-se da cobertura de DMHO em viagem nacional, além do disposto no item 5 destas Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

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

4.1.2 DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES, E/OU ODONTOLÓGICAS EM VIAGEM AO EXTERIOR

Consiste no reembolso e/ou prestação de serviços correspondentes, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, ocasionado por acidente pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorrida durante o período de viagem ao exterior e uma vez constatada a sua saída do país de domicílio.

Em caso de reembolso, o segurado tem livre escolha pelos prestadores de serviços médicos, desde que legalmente habilitados.

Estarão cobertos pela cobertura de DMHO em viagem ao exterior os episódios de crise ocasionados por doença preexistente ou crônica, quando gerar quadro clínico de emergência ou urgência, até o limite do capital segurado contratado para a cobertura, das despesas relacionadas à estabilização do quadro clínico do segurado que lhe permita continuar viagem ou retornar ao local de sua residência, não havendo cobertura para a continuidade e o controle de tratamentos anteriores, check-up e extensão de receitas.

Para efeito do disposto no parágrafo anterior, considera-se:

- a) Emergência: situação onde o segurado necessita de atendimento imediato, pois existe risco de morte; e
- b) Urgência: situação onde o segurado necessita de atendimento, não caracterizado como de emergência, podendo aguardar o atendimento de casos emergenciais.

Excluem-se da cobertura de DMHO em viagem ao exterior, além do disposto no item 5 destas Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

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

4.1.3 TRASLADO DO CORPO

Consiste no reembolso e/ou prestação de serviços correspondentes, limitado ao capital segurado contratado, das despesas com a liberação e transporte do corpo do segurado do local da ocorrência do evento coberto até o local de domicílio habitual do segurado ou local do sepultamento, incluindo-se nestas despesas todos os procedimentos e objetos imprescindíveis ao traslado do corpo.

4.1.4 REGRESSO SANITÁRIO

Consiste no reembolso e/ou prestação de serviços correspondentes, limitada ao capital segurado contratado, das despesas com o traslado de regresso do segurado ao local de origem da viagem de seu domicílio, conforme definido nas condições contratuais, caso este não se encontre em condições de retornar como passageiro regular por motivo de acidente pessoal ou enfermidade cobertos.

4.1.5 TRASLADO MÉDICO

Consiste no reembolso e/ou prestação de serviços correspondentes, limitada ao valor do capital segurado contratado, das despesas com a remoção ou transferência do segurado até a clínica ou hospital mais próximo em condições de atendê-lo, por motivo de acidente pessoal ou enfermidade cobertos.

Esta cobertura engloba, quando requisitado por médico ou equipe médica responsável pelo atendimento, mais de uma remoção, observado o limite do valor do capital segurado contratado.

4.1.6 MORTE EM VIAGEM

Consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no certificado individual, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado, por causas naturais ou acidentais, durante o período de viagem.

4.1.7 MORTE ACIDENTAL EM VIAGEM

Consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) e no certificado individual, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado, por acidente pessoal ocorrido durante o período de viagem.

4.1.8 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM VIAGEM

Consiste no pagamento de indenização, observados os limites do capital segurado contratado, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membros ou órgãos, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal ocorrido durante o período de viagem.

- a) 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, anexa às presentes Condições Gerais.**
- b) 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).**
- c) Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado.
- d) 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.**

- e) 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.
- f) A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica, sendo facultada à Seguradora a solicitação de junta médica.
 - f.1) 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 garantia.
- g) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).
- h) As coberturas de Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), 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.
- i) Se houver algum impedimento legal ou físico para o recebimento da indenização, em que a mesma não possa ser paga diretamente ao beneficiário, a Seguradora poderá exigir curatela ou outro documento comprobatório necessário.

4.2 OBSERVAÇÕES SOBRE AS COBERTURAS BÁSICAS

- a) Apenas as coberturas básicas 4.1.1, 4.1.2, 4.1.6 e 4.1.7 poderão ser contratadas isoladamente;
- b) A contratação das coberturas a que se referem os itens 4.1.2, 4.1.3, 4.1.4 e 4.1.5 é obrigatória para viagens ao exterior;
- c) Quando contratadas as coberturas a que se referem os itens 4.1.1 e 4.1.2, deverá ser obrigatoriamente contratada a cobertura de 4.1.5 - Traslado médico.

4.3 COBERTURAS ADICIONAIS

As coberturas a seguir são de contratação facultativa, sendo obrigatória a contratação conjunta com, pelo menos, uma das coberturas básicas mencionadas no item 4.2.

4.3.1 EXTRAVIO DE BAGAGEM

Consiste na indenização, limitada ao valor do capital segurado contratado, em caso de extravio, roubo, furto, dano ou destruição da bagagem, devidamente comprovados, enquanto a mesma estiver entregue aos cuidados de empresa de transporte regular vinculada à viagem do segurado.

A bagagem somente estará coberta quando devidamente acondicionada, de acordo com as características específicas de cada bem nela contido.

Excluem-se desta cobertura, além do disposto no item 5 destas condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- Depreciação e deterioração normal de objetos;
- Danos decorrentes de confisco, apreensão ou de destruição a mando de autoridade de fato ou de direito;
- Danos a óculos, lentes de contato, e qualquer aparato bucal;
- Metais preciosos e suas ligas, trabalhadas ou não, joias, peles naturais ou sintéticas, quadros e quaisquer obras de arte, bijuterias de qualquer natureza, relógios, quadros e quaisquer obras de arte, títulos;
- Perdas ocorridas com segurado que atue como operador ou membro da tripulação do meio de transporte que originar o sinistro;
- Quaisquer tipos de animais;
- Líquidos e bebidas em geral, alcoólicas ou não, bem como alimentos de qualquer espécie, perecíveis ou não;
- Objetos que o Segurado porte consigo ou em bagagem de mão, cuja guarda esteja sob sua responsabilidade, aí incluídos, dentre outros bens, roupas relógios, canetas, chaveiros, objetos de uso pessoal, óculos, equipamentos de cine, foto e ótica, aparelhos de som e vídeo, instrumentos musicais, equipamentos.
- Objetos que o Segurado porte consigo ou que tenha sido colocado sob a responsabilidade da Empresa Transportadora ou do Hotel, e que se destinem, ou assim possam ser considerados, a realização de tarefas de cunho profissional, pelo segurado ou terceiros, por conta própria ou não;
- Quaisquer objetos que, por sua destinação e/ou quantidade, tenham fins comerciais ou representem valores negociáveis, tais como dinheiro, em moeda ou papel, cheques, títulos, apólices, selos coleções, etc.
- Quaisquer documentos ou papéis que representem obrigação de qualquer espécie, bem como valor estimativo de qualquer bem integrante do patrimônio do segurado.

4.3.2 SEGURO FUNERAL

Consiste na indenização, na forma prevista nas condições gerais e limitada ao valor do capital segurado contratado, das despesas, com o funeral, em caso de falecimento do segurado ocorrido durante o período de viagem.

4.3.3 CANCELAMENTO DE VIAGEM

Consiste na indenização, limitada ao valor do capital segurado contratado, das despesas não reembolsáveis com a aquisição de pacotes turísticos e/ou serviços de viagens, como transporte e hospedagem, na ocorrência de evento coberto que impeça o segurado de viajar ou continuar viajando.

Estarão amparadas pela cobertura as ocorrências que tenham como consequência única e exclusivamente:

- a) Morte ou internação hospitalar em decorrência de acidente pessoal ou enfermidade declarada de forma repentina e de maneira aguda do segurado antes do início da viagem;
- b) A morte ou internação hospitalar em decorrência de acidente pessoal ou enfermidade declarada de forma repentina e de maneira aguda do cônjuge, pais, irmãos ou filhos do segurado antes do início da viagem;
- c) O recebimento de notificação para comparecimento em juízo, improrrogável, para o segurado comparecer perante a Justiça, desde que o recebimento da referida notificação seja posterior à contratação da viagem e antes do início da mesma;

d) A decretação de quarentena do Segurado por autoridade sanitária competente, desde que a decretação seja posterior à contratação da viagem e antes do início da mesma.

Excluem-se desta cobertura, além do disposto no item 5 destas Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência direta e indireta de:

- **Cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de Acidente Pessoal coberto ocorrido no período de cobertura do Seguro;**
- **Tratamento estético e para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgias e períodos de convalescença a ele relacionados;**
- **Hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal;**
- **Hospitalizações quando o paciente não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;**
- **Doenças crônicas e/ou preexistentes à contratação do seguro não declaradas na Proposta de Adesão, quando este é exigido, de conhecimento do Segurado, assim como o agravamento, consequências e sequelas.**
- **As internações em instituições para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital, Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados, Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas, Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais, casa de saúde para convalescentes, unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação, clínicas de emagrecimento e SPA.**

4.3.4 REGRESSO ANTECIPADO

Consiste na indenização, limitada ao valor do capital segurado contratado, das despesas com o traslado de regresso do segurado ao local de domicílio ou origem da viagem, ocasionado por evento coberto.

Estarão amparadas pela cobertura as ocorrências que tenham como consequência única e exclusivamente a morte ou internação hospitalar em decorrência de acidente pessoal ou enfermidade declarada de forma repentina e de maneira aguda do cônjuge, pais, irmãos ou filhos do segurado, ocorrida durante o período da viagem.

Excluem-se desta cobertura, além do disposto no item 5 destas Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência direta e indireta de:

- **Cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de Acidente Pessoal coberto ocorrido no período de cobertura do Seguro;**
- **Tratamento estético e para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgias e períodos de convalescença a ele relacionados;**

- Hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal;
- Hospitalizações quando o paciente não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
- As internações em instituições para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital, local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados, Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas, Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais, casa de saúde para convalescentes, unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação, clínicas de emagrecimento e SPA.

5 RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Estão excluídos da cobertura deste Seguro, além dos riscos conceituados anteriormente, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) Uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição à radiações nucleares ou ionizantes;
- b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, golpe militar ou usurpação de poder, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- c) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) Lesão intencionalmente auto infligida, suicídio ou sua tentativa nos dois primeiros anos da vigência inicial do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso, conforme o art. 798 do Código Civil;
- e) Voo em aeronaves, exceto quando seja como passageiro pagando passagem em uma aeronave de asa fixa que pertença e seja operada por uma linha aérea ou companhia de frete de aeronaves devidamente autorizada para prover o transporte aéreo regular de passageiros;
- f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- g) Doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão, exceto se observado o disposto nas coberturas 4.1.1 e 4.1.2;
- h) Para os Seguros contratados por Pessoa Jurídica, ato ilícito doloso praticado por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários ou seus respectivos representantes;
- i) Tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- j) Atos terroristas;
- k) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;

- l) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
- m) Qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, 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.

Não obstante as disposições acima estabelecidas estarão cobertos por este seguro os sinistros em consequência 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.

5.2 Quando forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal, não serão excluídos os eventos abaixo:

- a) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
- b) Parto ou aborto e suas consequências;
- c) Choque anafilático e suas consequências.

6 ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1 O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre, observado o objetivo deste Seguro.

7 CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

- 7.1 A contratação do Seguro se dará mediante preenchimento da Proposta de Contratação pelo Estipulante, a qual, após analisada e aceita pela Seguradora, originará o contrato de seguro.
- 7.2 A adesão à apólice coletiva será realizada mediante a preenchimento e assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.
- 7.3 A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias contados da data do seu recebimento para aceitar ou recusar a Proposta.
- 7.4 Iniciada a viagem segurada, a sociedade seguradora não poderá recusar a proposta de contratação e/ou adesão, desde que recebidas anteriormente ao início da viagem, mesmo que ainda não decorrido o período de dias previstos no item 7.3 acima.
- 7.5 A Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo estabelecido no item 7.3, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 7.6 Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito não se pronuncie no prazo descrito no item 7.3 destas Condições Gerais, a aceitação será automática, observado ainda as disposições estabelecidas no item 7.4 acima.

- 7.7** A recusa da Proposta de Contratação e/ou Proposta de Adesão será comunicada por escrito ao(s) interessado(s) com a devida justificativa e, caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. O proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.
- 7.8** O Segurado poderá desistir do seguro contratado, desde que antes da viagem, no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da assinatura da proposta, ou do efetivo pagamento do prêmio, o que ocorrer por último.
- 7.8.1 A sociedade seguradora deverá informar de forma expressa e ostensiva, na apólice os meios adequados e eficazes para o exercício do direito do arrendimento pelo segurado.
- 7.8.2 O Segurado poderá exercer seu direito de arrendimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.
- 7.8.3 A sociedade seguradora, ou seus representantes de seguros, e o corretor de seguros habilitado, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrendimento.
- 7.8.4 Caso o Segurado exerça o direito de arrendimento previsto neste item, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere esta cláusula, serão devolvidos, de imediato.
- 7.8.5 A devolução a que se refere o item anterior será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela seguradora e expressamente aceitos pelo segurado.
- 7.8.6 No caso de pagamento de prêmio fracionado, para efeitos do disposto nesta cláusula, considera-se o pagamento da primeira parcela como o efetivo pagamento.
- 7.9** Em caso de inclusão de menores de 14 anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.

8 BENEFICIÁRIOS

- 8.1** É a pessoa física, previamente designada pelo Segurado, através de declaração expressa, a quem deve ser paga a indenização no caso de cobertura por morte. No caso de ocorrência das demais coberturas contratadas, o Beneficiário é o próprio Segurado.
- 8.1.1 Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um. Na falta da indicação dos percentuais, a indenização será paga em partes iguais.

- 8.1.2 Na falta de Beneficiário nomeado, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros legais do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.
- 8.1.3 Conforme artigo 1.829 do Código Civil, a sucessão legítima defere-se na ordem seguinte:
- I. aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime da comunhão universal ou no da separação obrigatória de bens (artigo 1.640, parágrafo único); ou se no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares;
 - II. aos ascendentes em concorrência com o cônjuge;
 - III. ao cônjuge sobrevivente;
 - IV. aos colaterais.
- 8.1.4 Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 8.1.5 Para as coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, o beneficiário será o próprio Segurado sendo facultado ao mesmo a hipótese de substituição do pagamento em dinheiro pela prestação dos serviços disponibilizados pela Seguradora.
- 8.2** O Segurado poderá substituir seus Beneficiários, a qualquer tempo, mediante aviso escrito à Seguradora, respeitado o disposto no item 8.1 destas Condições Gerais e seus subitens.
- 8.3** Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.
- 8.4** Nenhuma alteração de Beneficiários terá validade se não constar da declaração escrita do Segurado devidamente recebida pela Seguradora, ficando a Seguradora livre da obrigação pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

9 REGIME FINANCEIRO

- 9.1** 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.

10 PERÍODO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

- 10.1** A cobertura individual deste seguro terá início e término às 24:00 (vinte e quatro) horas das datas constantes do Certificado Individual.
- a) Para as coberturas cujo evento esteja relacionado à viagem, a data de início de vigência da cobertura coincidirá com o início da viagem e se encerrará quando da chegada ao local de destino ou retorno ao local de origem do início da viagem, conforme estabelecido na proposta de adesão.
 - b) Para as coberturas, cujo evento gerador seja a não ocorrência da viagem segurada, a vigência será iniciada em data anterior à programada para o início da viagem.

- 10.2** Em caso de impossibilidade do retorno do segurado por evento coberto, o prazo de vigência das coberturas se estenderá, automaticamente, até o retorno do segurado ao local de domicílio ou início da viagem.
- 10.3** Iniciada a viagem segurada, a sociedade seguradora não poderá recusar a proposta de contratação / adesão, desde que recebidas anteriormente ao início da viagem, mesmo que ainda não decorrido o período de dias previstos nos normativos vigentes para a recusa da proposta.
- 10.4** Se o segurado regressar antecipadamente da viagem segurada, fica cancelado o seguro a partir da sua chegada ao local de origem da viagem ou de seu domicílio, conforme o caso, estando cobertos eventuais sinistros ocorridos antes do cancelamento.
- 10.5** Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 10.6** A renovação automática do Seguro poderá ser feita uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa
- 10.7** 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. Ocorrendo esta comunicação, não se aplica o disposto no item 10.6.
- 10.8** A renovação da Apólice, que não implicar em ônus ou dever para os Segurados, poderá ser realizada por intermédio do Estipulante.
- 10.9** Durante a vigência do Seguro e nas renovações, qualquer modificação ocorrida na Apólice, que implicar em ônus ou dever para os Segurados, dependerá de anuência prévia e expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado.
- 10.10** Será enviado novo Certificado Individual aos Segurados em cada uma das renovações do Seguro.

11 FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 11.1** Com a análise do risco proposto, fica facultado a Sociedade seguradora a inclusão de Franquia Mínima Dedutível/Participação Obrigatória e/ou Carência do Segurado no Contrato de Seguro que, somente terá validade mediante acordo entre Seguradora e Segurado.
- 11.2** O limite para o prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não poderá exceder metade do prazo de vigência.
- 11.3** Não haverá carência para coberturas relativas a Acidentes Pessoais.

12 CAPITAL SEGURADO

- 12.1** Para fins deste Seguro, Capital é a importância máxima a ser paga ou reembolsada em função do valor estabelecido para cada cobertura vigente na data de ocorrência do evento.

| COBERTURA | |
|---|--|
| BÁSICAS | DATA DO EVENTO |
| Despesas Médicas, hospitalares e/ou odontológicas em viagem nacional | A data do pagamento das despesas |
| Despesas Médicas, hospitalares e/ou odontológicas em viagem ao exterior | A data do pagamento das despesas |
| Traslado do Corpo | A data do falecimento |
| Regresso Sanitário | A data do atendimento médico |
| Traslado médico | A data do atendimento médico |
| Morte em viagem | A data do falecimento |
| Morte acidental em viagem | A data da ocorrência do acidente |
| Invalidez Permanente total ou parcial por acidente em viagem | A data da ocorrência do acidente |
| ADICIONAIS | DATA DO EVENTO |
| Extravio de Bagagem | A data do registro efetuada à autoridade legal |
| Seguro Funeral | A data do falecimento |
| Cancelamento de Viagem | A data do protocolo do registro de cancelamento junto ao prestador de serviços de viagem |
| Regresso antecipado | A data de ocorrência do regresso |

12.2 Para viagens nacionais, todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional.

12.3 Exclusivamente para viagens internacionais, o capital segurado das coberturas que prevejam o reembolso ou o pagamento de indenização relacionado a despesas efetuadas pelo segurado no exterior poderá ser estabelecido em moeda nacional ou estrangeira, conforme estabelecido no Contrato.

12.4 Quando o capital segurado a que se refere o item 12.3 for estabelecido em moeda estrangeira:

I - o prêmio correspondente será pago em moeda corrente nacional, convertido na data de contratação com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento; e

II – os documentos contratuais informarão que o capital segurado foi estabelecido em moeda estrangeira.

12.5 Quando o capital segurado a que se refere o item 12.3 for estabelecido em moeda nacional, para efeitos de comprovação junto às autoridades do(s) país(es) de destino, os documentos contratuais poderão informar, adicionalmente, o capital segurado convertido em moeda estrangeira com base no câmbio oficial de venda na data de contratação.

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 acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IPCA/IBGE) no período de 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

- 13.1 Na eventualidade de ser extinto o IPCA/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação acumulada Índice Geral de Preços ao Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.
- 13.2 A atualização de que se trata esta cláusula, será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 13.3 Quando houver pagamento único, os capitais segurados serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.
- 13.4 Caso o Segurado deseje aumentar espontaneamente o(s) seu(s) Capital(is) Segurado(s), a parcela do aumento estará sujeita a 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 apreciação por parte da Seguradora.
- 13.5 Às Contratações com vigência inferior a 1 (um) ano não se aplica a cláusula de atualização de monetária.

14 REVISÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

- 14.1 Os Capitais Segurados poderão ser revistos a pedido do Segurado, desde que expressamente aceitos pela Seguradora, aplicando-se aos novos valores as mesmas disposições estabelecidas para a contratação do Seguro estabelecidas no item 7 destas Condições Gerais, bem como seus subitens.
- 14.2 Qualquer aumento de Capitais implicará em aumento automático dos Prêmios, obedecendo a mesma proporção aplicada ao acréscimo dos Capitais.
- 14.3 Caso haja alteração da Apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos dos grupo segurado.

15 PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 15.1 O custeio do Seguro poderá ser:
 - 15.1.1 **Contributário**, em que os Segurados pagam o prêmio, seja total ou parcialmente;
 - 15.1.2 **Não Contributário**, em que os Segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago integralmente pelo Estipulante.
- 15.2 **Periodicidade do Pagamento:** O Prêmio poderá ser pago de forma faturada, única ou por viagem de acordo com a opção do Segurado e/ou do Estipulante prevista no Contrato.
- 15.3 Sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, conforme as cláusulas estabelecidas no Contrato. O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante acarretará a suspensão das coberturas da Apólice para todo Grupo Segurado, conforme item 16.1.2.
- 15.4 É expressamente vedado ao Estipulante e à Seguradora 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. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.
- 15.5** 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 por escrito.
- 15.6** Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser realizado até a data limite prevista para o início da viagem.
- 15.7** 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.
- 15.8** Quando a data limite para pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado, no primeiro dia útil subsequente.
- 15.9** Os tributos serão pagos por quem a Lei determinar.
- 15.10** É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de Prêmio do Seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso o Estipulante receba juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança, o valor do Prêmio de cada Segurado.
- 15.11** Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.
- 15.12** Não está prevista a devolução ou o resgate de prêmios ao Segurado ou ao Estipulante.

16 SUSPENSÃO / REABILITAÇÃO DO SEGURADO E DAS COBERTURAS

- 16.1** O período de cobertura do risco durante a vigência do Seguro respeitará a periodicidade do pagamento do prêmio, prevista no item 15.2 - Periodicidade do Pagamento. Sendo assim, podem ocorrer as seguintes situações de suspensão das coberturas:
- 16.1.1 Suspensão do Segurado na Apólice:** Quando não ocorrer o pagamento do prêmio até a data do seu vencimento, fica a cobertura do Seguro automaticamente suspensa, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança, ficando o Segurado ou o(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, 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”.
- 16.1.2 Suspensão das Coberturas da Apólice:** Para os Seguros Contributários, nos casos em que a Seguradora delegar ao Estipulante a tarefa de recolhimento dos prêmios devidos pelos Segurados, se não houver o respectivo repasse dos prêmios pelo Estipulante à seguradora, dentro dos prazos contratualmente previstos, ocorrerá a suspensão das coberturas da Apólice para todo o Grupo Segurado, ficando, ainda, o Estipulante sujeito às cominações legais.

- 16.2** Ocorrendo qualquer uma das situações de suspensão de coberturas previstas no item 16.1, admitir-se-á, **antes que completem 90 (noventa) dias de suspensão e cada período de doze meses de vigência da Apólice**, a reabilitação das coberturas do Seguro, mediante pagamento de prêmio referente à vigência a decorrer.
- 16.2.1** **Nessas ocorrências, as coberturas do Seguro serão restabelecidas a partir das vinte e quatro horas da data do efetivo pagamento de prêmio**, sendo que qualquer indenização eventualmente devida nesse período dependerá de prova de que, antes da ocorrência do sinistro, o prêmio referente à vigência a decorrer tenha sido pago, conforme item 15.6.
- 16.2.2** Após a reabilitação das coberturas, considerar-se-á como um seguro novo, devendo o Segurado cumprir todos os prazos de carência, sendo apenas dispensado o preenchimento de nova Proposta de Adesão e Declaração de Saúde.

17 CANCELAMENTO DO SEGURO

- 17.1** **Transcorrido o prazo de suspensão das coberturas, conforme o item 16.1, sem que haja a reabilitação das coberturas (item 16.2), fica a Apólice automaticamente cancelada, não produzindo efeitos, direitos, e obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.**
- 17.1.1** Nos Seguros contributários, a Seguradora notificará o Segurado, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, advertindo-o quanto à necessidade de retomada do pagamento dos prêmios, sob pena de cancelamento do Seguro.
- 17.1.2** 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 retomada do pagamento dos prêmios, sob pena de cancelamento do Seguro.
- 17.2** 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.
- 17.3** O seguro só poderá ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes e, no caso de seguro coletivo, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- 17.4** No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- 17.5** O Seguro será cancelado integralmente no caso de morte do Segurado.
- 17.6** As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 17.7** 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, ou ainda com o término da viagem.

18 REAVALIAÇÃO DE TAXAS

- 18.1** A Seguradora efetuará avaliações anuais, na data estabelecida no Contrato de Seguro, da taxa utilizada para o

cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da Apólice e nos prêmios efetivamente recebidos.

- 18.2** Havendo necessidade de ajustes, a taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da Apólice, desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da mesma. A alteração na taxa será realizada por endosso à Apólice, observando o disposto no item 26.
- 18.3** Poderá também haver o recálculo das taxas do Seguro, em qualquer época de vigência, quando ocorrerem alterações substanciais nas hipóteses atuariais, devidamente justificadas tecnicamente perante a Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, observando-se o critério definido no item 26.
- 18.4** Quando a alteração na taxa pura for aplicada às apólices vigentes, será realizada por endosso à Apólice e esta modificação dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

19 PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Ocorrendo um dos eventos cobertos, o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) poderá(ão) acessar os serviços de atendimento 24 (vinte e quatro) horas através de telefonema gratuito indicado no respectivo Certificado Individual onde a Seguradora disponibilizará de todas as informações necessárias para procedimentos relacionados à ocorrência do evento.

- 19.1** O segurado ou seu(s) beneficiário(s) poderá(ão) optar por prestadores de serviços a sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, ficando a sociedade seguradora responsável pelo reembolso das despesas até o limite máximo do capital segurado contratado. Não será necessária autorização prévia da Seguradora.
- 19.2** A Seguradora disponibilizará através do serviço de atendimento 24 (vinte e quatro) horas, sua rede de serviços autorizados para prestação do serviço correspondente, ficando a critério do Segurado ou de seu(s) beneficiário(s) a opção pela prestação do serviço em substituição ao pagamento do capital segurado na forma de reembolso.
- 19.2.1** O Segurado poderá consultar a relação da rede de serviços credenciados vinculados às coberturas através dos serviços de atendimento 24 (vinte e quatro) horas pelo telefone gratuito indicado no respectivo Certificado Individual.
- 19.2.2** A utilização da rede de serviços credenciados não dependerá de autorização prévia pela sociedade seguradora.
- 19.2.3** Constará da relação de que trata o item 19.2.1 a indicação dos prestadores de serviços hospitalares acreditados por organização que utilize método de acreditação reconhecido internacionalmente, quando houver.
- 19.3** O valor do reembolso, limitado ao capital segurado, deverá ser compatível com aqueles praticados pelo mercado de prestação de serviços do local de ocorrência do sinistro.
- 19.4** Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.
- 19.5** São documentos básicos para utilização da rede de serviços autorizados pela Seguradora a apresentação da Cédula de Identidade, CPF e Passaporte do Segurado (se viagem internacional) ao respectivo prestador. Quando não

utilizada a rede de serviços autorizados, deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos para o pagamento da indenização ou reembolso de despesas:

19.5.1 Em caso de Despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas em viagem nacional ou viagem ao exterior:

- a) Cópia da Cédula de Identidade, CPF e Passaporte do Segurado (este último apenas em casos de viagem ao exterior);
- b) Comprovante de compra das passagens/hospedagem ou contrato de viagem validado;
- c) Relatório médico e/ou odontológico com descrição da patologia e procedimentos realizados;
- d) Cópia dos exames complementares com Nota Fiscal e comprovante detalhado dos gastos efetuados;
- e) Cópia do prontuário hospitalar e Nota Fiscal das despesas efetuadas;
- f) Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, quando for o caso; e
- g) Boletim do primeiro atendimento médico.

19.5.2 Em caso de Traslado de corpo:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia da Cédula de Identidade, CPF e Passaporte do Segurado (este último apenas em casos de viagem ao exterior);
- c) Comprovante de compra das passagens/hospedagem ou contrato de viagem validado;
- d) Nota Fiscal e Comprovante de despesas detalhado com o translado do corpo;
- e) Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, quando for o caso;
- f) Laudo Necroscópico, quando decorrente de morte acidental;
- g) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- i) Cópia do CPF e RG da pessoa que custeou as despesas.

19.5.3 Em caso de regresso sanitário:

- a) Cópia da Cédula de Identidade, CPF e Passaporte do Segurado (este último apenas em casos de viagem ao exterior);
- b) Comprovante de compra das passagens/hospedagem ou contrato de viagem validado;
- c) Relatório médico com descrição da patologia e procedimentos realizados;
- d) Cópia dos exames complementares realizados;
- e) Nota Fiscal e Comprovante de despesas detalhado com o translado;
- f) Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, quando for o caso;
- g) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- i) Boletim do primeiro atendimento médico.

19.5.4 Em caso de **Morte em viagem:**

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia da Cédula de Identidade, CPF e Passaporte do Segurado (este último apenas em casos de viagem ao exterior);
- c) Documentação do(s) Beneficiário(s):
 - Cônjuge: Certidão de Casamento e Cédula de Identidade do cônjuge.
 - Companheira: Anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependentes no INSS e Cédula de Identidade da companheira.
 - Filhos: Certidão de Nascimento.
 - Outros: Cédula de Identidade
- d) Comprovante de compra das passagens/hospedagem ou contrato de viagem validado;
- e) Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, quando for o caso;
- f) Laudo Necroscópico, quando decorrente de morte acidental;
- g) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- i) Boletim do primeiro atendimento médico, em caso de hospitalização antes do óbito.

19.5.5 Em caso de **Morte acidental em viagem:**

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia da Cédula de Identidade, CPF e Passaporte do Segurado (este último apenas em casos de viagem ao exterior);
- c) Documentação do(s) Beneficiário(s):
 - Cônjuge: Certidão de Casamento e Cédula de Identidade do cônjuge.
 - Companheira: Anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependentes no INSS e Cédula de Identidade da companheira.
 - Filhos: Certidão de Nascimento.
 - Outros: Cédula de Identidade
- d) Comprovante de compra das passagens/hospedagem ou contrato de viagem validado;
- e) Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial;
- f) Laudo Necroscópico;
- g) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir.

19.5.6 Em caso de **Invalidez permanente total ou parcial por acidente:**

- a) Cópia da Cédula de Identidade, CPF e Passaporte do Segurado (este último apenas em casos de viagem ao exterior);
- b) Relatório médico com descrição da patologia, procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente;

- d) Cópia dos exames complementares realizados com descrição da invalidez permanente;
- e) Comprovante de compra das passagens/hospedagem ou contrato de viagem validado;
- f) Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial no qual deve ser especificado detalhadamente o local e descrição do sinistro, data e hora;
- g) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- i) Boletim do primeiro atendimento médico.

19.5.7 Em caso de **Extravio de bagagem:**

- a) Cópia da Cédula de Identidade, CPF e Passaporte do Segurado (este último apenas em casos de viagem ao exterior);
- b) Comprovante de compra das passagens/hospedagem ou contrato de viagem validado;
- d) Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial no qual deve ser especificado detalhadamente o local e descrição do sinistro, data e hora;
- e) Comunicado de Extravio da Bagagem a empresa transportadora;
- f) Cópia do ticket de bagagem;
- g) Cópia do Bilhete aéreo do trecho onde a bagagem foi extraviada.

19.5.8 Em caso de **Seguro funeral:**

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia da Cédula de Identidade, CPF e Passaporte do Segurado (este último apenas em casos de viagem ao exterior);
- d) Comprovante de compra das passagens/hospedagem ou contrato de viagem validado;
- e) Nota Fiscal e Comprovante de despesas detalhado com o funeral;
- f) Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, quando for o caso;
- g) Laudo Necroscópico, quando decorrente de morte acidental;
- h) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- i) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- j) Cópia do CPF e RG da pessoa que custeou as despesas.

19.5.9 Em caso de **Cancelamento de viagem:**

- a) Cópia da Cédula de Identidade, CPF e Passaporte do Segurado (este último apenas em casos de viagem ao exterior);
- b) Cópia da Certidão de Óbito (do Segurado, Cônjuge, pai, mãe, irmão ou filho do segurado, conforme o caso);
- c) Relatório Médico e cópia dos exames complementares que comprovem a internação hospitalar (do Segurado, Cônjuge, pai, mãe, irmão ou filho do segurado, conforme o caso);
- d) Comprovante de vínculo familiar (do Cônjuge, pai, mãe, irmão ou filho do segurado, conforme o caso);

- e) Cópia da Notificação para comparecimento em juízo e do processo judicial;
- f) Cópia da Decretação de Quarentena com especificação da causa e condições de internação;
- g) Comprovante de compra das passagens/hospedagem ou contrato de viagem validado;
- h) Cópia do contrato da prestação de serviços da agência discriminando as penalizações e custos a serem arcados pelo segurado.
- i) Cópia do contrato da prestação de serviços da agência discriminando as penalizações e custos a serem arcados pelo segurado, juntamente com o comprovante do pagamento excedente.
- j) Cópia do Bilhete do trecho cancelado e do Bilhete do novo trecho de reembarque, no caso de passagem aérea.

19.5.10 Em caso de **Regresso antecipado**:

- a) Cópia da Cédula de Identidade, CPF e Passaporte do Segurado (este último apenas em casos de viagem ao exterior);
- b) Cópia da Certidão de Óbito (do Cônjuge, pai, mãe, irmão ou filho do segurado, conforme o caso);
- c) Relatório Médico e cópia dos exames complementares que comprovem a internação hospitalar (do Cônjuge, pai, mãe, irmão ou filho do segurado, conforme o caso);
- d) Comprovante de vínculo familiar (do Cônjuge, pai, mãe, irmão ou filho do segurado, conforme o caso);
- e) Comprovante de compra das passagens/hospedagem ou contrato de viagem validado;
- f) Cópia do contrato da prestação de serviços da agência discriminando as penalizações e custos a serem arcados pelo segurado, juntamente com o comprovante do pagamento excedente.
- g) Cópia do Bilhete do trecho cancelado e do Bilhete do novo trecho de reembarque, no caso de passagem aérea, juntamente com o comprovante do pagamento excedente.

19.6 Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do Sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

19.7 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o recebimento da comunicação do evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.

20 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

20.1 O prazo para pagamento da Indenização, por parte da Seguradora, é limitado a 30 (trinta) dias contados a partir da entrega, pelo Beneficiário, da documentação básica necessária para a regulação do sinistro, definida no item 19 destas Condições Gerais. **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 dia útil subsequente àquele que forem completamente atendidas as exigências.**

- a) Caso o pagamento não seja efetuado no prazo previsto no item 20.1, o valor da indenização estará sujeito a atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE desde a data do evento até a data do efetivo pagamento pela Seguradora. A atualização, quando aplicada, será efetuada com base na variação positiva

apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

- b) Além da atualização prevista no parágrafo anterior, o valor da indenização será acrescido de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês quando o prazo de liquidação superar o prazo máximo descrito no item 20.1, a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.
- c) 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.

20.2 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

20.3 Quando não ocorrer o pagamento do prêmio até a data de início de viagem, 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”

20.4 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

20.5 O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa;

20.6 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a sociedade deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contratação, a constituição da junta médica.

- a) A junta médica de que trata o caput deste artigo será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- b) Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Sociedade Seguradora.
- c) 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.

20.7 O reembolso ou o pagamento de indenização relacionado a despesas efetuadas no exterior será realizado em moeda nacional, respeitando-se o capital segurado de cada cobertura contratada, estabelecido em moeda nacional ou estrangeira, conforme definido nestas Condições Gerais, cujo valor será convertido e atualizado monetariamente, nos termos da legislação específica, com base na data:

I - do efetivo pagamento realizado pelo segurado, quando se tratar de cobertura que preveja o reembolso de despesas; ou

II - do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando se tratar de cobertura que preveja o pagamento do capital segurado.

20.8 Os custos com a tradução do material serão de responsabilidade da Seguradora.

20.9 No caso de Beneficiários menores de idade, a Indenização será paga conforme indicado a seguir:

a) Pessoas de idade inferior a 16 (dezesesseis) anos: a Indenização será paga, em nome do menor Segurado, ao representante legalmente constituído;

b) Pessoas de idade de 16 (dezesesseis) a 18 (dezoito) anos, exclusive: a Indenização será paga ao menor Segurado, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiver o pátrio poder) ou, finalmente, por seu tutor ou curador.

20.10 As garantias deste Seguro serão indenizadas através de pagamento único.

21 INDENIZAÇÃO PROPORCIONAL

21.1 Possuindo o Segurado mais de um seguro, nesta ou em outra Seguradora, com alguma das coberturas que garantam reembolso de despesas, a responsabilidade da Seguradora pela respectiva cobertura será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites Segurados para a cobertura em todas as Apólices em vigor na data do Sinistro.

22 PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

22.1 A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários:

a) declarações falsas e incompletas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou na taxa de prêmio. Além disso, estará obrigado o Segurado ao pagamento do prêmio vencido.

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

a.1) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

I. cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;

II. mediante acordo entre partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

a.2) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

I. cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido

II. mediante acordo entre 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.

a.3) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo do seu valor a diferença do prêmio cabível.

b) fraude, tentativa de fraude comprovada, má-fé, dolo ou inobservância das obrigações convencionadas nestas Condições Gerais e /ou no contrato de seguro;

c) tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da Seguradora na elucidação do acidente e suas consequências;

- d) falta ou atraso do pagamento do prêmio do Seguro, respeitado o período correspondente ao prêmio já pago;
- e) Agravamento intencional do risco; e
- f) Não comunicação à sociedade seguradora de qualquer fato suscetível de agravar o risco. O segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto sob pena de perder direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
 - f.1) a Seguradora, em até quinze dias do recebimento do aviso de agravação do risco, poderá da 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 do prêmio cabível.
 - f.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.

23 EXCEDENTE TÉCNICO

- 23.1 Se previsto no Contrato, poderá ser instituída a cláusula de excedente técnico da forma que segue:
- 23.2 A referida cláusula estabelecerá as condições de distribuição, ao Estipulante e/ou aos Segurados do grupo, dos resultados técnicos da Apólice Coletiva.
 - a) **Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:**
 - a.1) prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos; e
 - a.2) estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
 - b) **São despesas mínimas para fins de apuração dos resultados técnicos:**
 - b.1) comissões de corretagem pagas durante o período;
 - b.2) comissões de administração ("pró-labore") pagas durante o período;
 - b.3) comissões de agenciamento pagas durante o período;
 - b.4) 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;
 - b.5) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e
 - b.6) despesas efetivas de administração, estabelecidas na planilha de cálculo que deu origem à taxa média apresentada no grupo.
 - c) **As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:**

- c.1) o respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
 - c.2) o aviso à Seguradora, para sinistros;
 - c.3) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
 - c.4) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.
- 23.3** A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente 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 item 23.5.
- 23.4** 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.
- 23.5** 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.
- 23.6** Para a verificação de pagamento de Excedente Técnico é necessário que a Apólice apresente uma média mensal mínima de 500 (quinhentos) componentes principais.
- 23.7** Nos Seguros em que houver cláusula de excedente técnico será incluída no Certificado Individual a informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

24 REINTEGRAÇÃO

- 24.1** Nos casos de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas e Invalidez Permanente Total ou Parcial por acidente, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro sem cobrança de prêmio adicional.
- 24.2** Nos demais casos, o Capital Segurado da cobertura envolvida para os segurados atingidos ficará reduzido do valor equivalente ao da Indenização paga, a partir da data do sinistro, não tendo o Segurado direito à restituição do Prêmio correspondente a tal redução.

25 ALTERAÇÕES CONTRATUAIS

- 25.1** Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

26 SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

26.1 Uma vez paga a Indenização, a Seguradora não ficará sub-rogada nos direitos e ações do Segurado.

27 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

27.1 Constituem obrigações do Estipulante:

27.1.1 fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

27.1.2 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;

27.1.3 fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato;

27.1.4 discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

27.1.5 repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

27.1.6 repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

27.1.7 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;

27.1.8 dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

27.1.9 fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e

27.1.10 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.

27.2 Nos Seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a suspensão das coberturas da Apólice para todo o Grupo Segurado.

28 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

- 28.1** 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 da Nota Técnica Atuarial submetidas à Susep.
- 28.2** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

29 TRIBUTOS

- 29.1** Os tributos relativos a este Seguro serão pagos por quem a lei determinar.

30 FORO

Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas que decorram da execução das presentes Condições Gerais.

31 RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA

- 31.1** A responsabilidade da Seguradora está restrita exclusivamente aos compromissos implícitos nas diversas cláusulas que regem a presente Apólice, não se responsabilizando, portanto, por quaisquer outras promessas que não constem nas cláusulas impressas, devidamente assinadas pela diretoria ou seu representante legal.

TABELA PARA CÁLCULO – INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

As percentagens especificadas serão aplicadas sobre o Capital Segurado da garantia de Invalidez Permanente vigente na data do acidente, conforme item 4.1.8, **não** prevalecendo qualquer aumento efetuado posteriormente.

| Invalidez 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 | Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista | 70 |
| | Surdez total incurável de ambos os ouvidos | 40 | Surdez total incurável de um dos ouvidos | 20 |
| | Mudez incurável | 50 | Fratura não consolidada do maxilar inferior | 20 |
| | Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral | 20 | Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral | 25 |
| Parcial Membros Superiores | 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 |
| | Ancilose total de um dos ombros | 25 | Ancilose total de um dos cotovelos | 25 |
| | Ancilose 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 | 09 |
| | Perda total do uso de um dos dedos indicadores | 15 | Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios | 12 |
| | Perda total do uso de um dos dedos anulares | 09 | Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo | |
| 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 |
| | Ancilose total de um dos joelhos | 20 | Ancilose total de um dos tornozelos | 20 |

| | | | |
|---|----|--|----|
| Ancilose total de um 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 1 ^o (primeiro) dedo | 10 | Amputação de qualquer outro dedo | 03 |
| Encurtamento de um dos membros inferiores: | | Perda total do uso de uma falange do 1 ^o Dedo, indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo | |
| De 5 (cinco) centímetros ou mais | 15 | | |
| De 4 (quatro) centímetros ou mais | 10 | | |
| De 3 (três) centímetros | 06 | | |
| Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização | | | |

Importante: 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, independentemente de sua profissão.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 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 de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

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

A Invalidez Permanente deve ser comprovada com a apresentação de declaração médica à Seguradora. Havendo divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade do Segurado, a Seguradora proporá, por meio de correspondência escrita, em até quinze dias da data da contestação, a constituição de junta médica. Essa será constituída por três membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, quinze dias a contar da data da indicação

CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE



do membro nomeado pelo Segurado. 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.

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