

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO VIAGEM

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado contratado, caso ocorra algum dos eventos cobertos, durante o período da viagem segurada dentro ou fora do Brasil, desde que o evento não se enquadre como “riscos excluídos” ou “não cobertos” pela legislação vigente.

2. DEFINIÇÕES

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

2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:

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

2.1.2. Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:

- a) as doenças (exceto cláusula 3.2.2), inclusive as profissionais, pandemias ou epidemias, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou 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 Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- c) 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. Apólice: documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

2.3. Bagagem: será considerada bagagem, para efeito de cobertura prevista nestas condições gerais, todo volume acondicionado em compartimento fechado, despachado, comprovadamente sob responsabilidade da companhia. Não será considerada a bagagem não despachada sendo transportada pelo segurado como bagagem de mão.

2.4. Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência do sinistro coberto.

2.5. Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

- 2.6. 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.
- 2.7. 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.
- 2.8. 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.
- 2.9. Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.10. 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.
- 2.11. Cônjuge ou Companheiro(a):** pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios previstos contratualmente.
- 2.12. Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora e que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, fixando os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).
- 2.13. Doença ou Deficiência Preexistente:** toda debilidade, congênita, adquirida ou decorrente de acidente, que comprometa a função orgânica ou motora, ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta, quer por suas conseqüências indiretas, existente anteriormente à contratação do seguro, da qual ele tenha conhecimento e que não seja informada no momento da contratação, de acordo com o declarado na proposta de adesão.
- 2.14. Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador, quando não participar do custeio.
- 2.15. Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado.
- 2.16. Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice para determinado período.
- 2.17. Garantias:** as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.
- 2.18. Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.19. Grupo Segurável:** totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante e que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.20. Indenização:** pagamento em dinheiro efetuado pela seguradora ao segurado ou ao seu(s) beneficiário(s) quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada(s).
- 2.21. Início de Vigência:** a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão cobertas pela seguradora.
- 2.22. Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.

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

2.24. Parentes: para efeito deste seguro, serão considerados parentes: os pais, filhos e irmãos.

2.25. 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 de vigência da apólice anterior.

2.26. Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos feito(s) pelo(s) segurado(s), destinados ao custeio do seguro.

2.27. Prêmio Puro: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os percentuais ou valores de carregamento e os impostos.

2.28. Proponente: o interessado em contratar a(s) cobertura(s), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

2.29. 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.

2.30. Riscos Excluídos: os riscos, previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.

2.31. Segurado: pessoa física para a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

2.32. Seguradora: companhia de seguros devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas nos termos das condições contratuais.

2.33. Seguro Contributário: aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcialmente para o estipulante, e este o repassa à seguradora.

2.34. Seguro Não Contributário: aquele em que o estipulante paga a totalidade do prêmio à seguradora.

2.35. Sinistro: ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.

2.36. 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 os casos de prorrogações efetivadas e quitadas.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. COBERTURAS BÁSICAS

Estas coberturas poderão ser contratadas separadamente.

3.1.1. MORTE ACIDENTAL

3.1.1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na respectiva proposta de adesão em caso de falecimento do segurado em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal ocorrido **durante a viagem segurada**, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

3.1.1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada à seguradora.

3.1.1.3. Para menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

3.1.2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

3.1.2.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, caso venha a ficar total ou parcialmente inválido, em caráter permanente, em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto **durante a viagem segurada**, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato.

3.1.2.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada à seguradora.

3.1.2.3. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ

3.1.2.3.1. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente por acidente, seja total ou parcial, estará condicionado à constatação de Invalidez Permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de Invalidez Permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.

3.1.2.3.2. No caso de invalidez parcial por acidente, não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o valor da indenização por perda parcial será calculado pela aplicação, para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado da porcentagem prevista na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais.

3.1.2.3.3. Na falta de indicação do percentual de redução, sendo o grau classificado como máximo, médio ou mínimo, a indenização proporcional será calculada com base nos índices 75 (setenta e cinco), 50 (cinquenta) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente, aplicados sobre a mesma Tabela para Cálculo de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais.

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

3.1.2.3.5. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez em mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se os percentuais estabelecidos para cada um, conforme Tabela para Cálculo de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais, sendo que o total da indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado para Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

3.1.2.3.6. Havendo duas ou mais lesões parciais em um mesmo membro ou órgão, o somatório das indenizações não poderá exceder o total previsto na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais, caso houvesse a perda completa desse membro.

3.1.2.3.7. A perda ou redução maior da função de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dará direito a reclamações, salvo quando declarada previamente na proposta de adesão, caso em que se reduzirá do grau de definitiva a invalidez preexistente no cálculo da indenização.

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

3.1.2.3.9. Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na Tabela para Cálculo de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais, a indenização será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do segurado, independente de sua profissão.

3.1.2.3.10. A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.

3.1.2.3.11. Quaisquer divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como as avaliações da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

3.1.2.3.11.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro, pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

3.1.2.3.11.2. 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.

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

3.1.2.3.13. Se ambas as coberturas por morte e invalidez permanente total ou parcial por acidente tiverem sido contratadas, suas indenizações não se acumularão. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte será deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

3.1.3. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

3.1.3.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, caso venha a se tornar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto **durante a viagem segurada**, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato.

3.1.3.2. Para efeito deste seguro, entende-se como “invalidez permanente total”, os acidentes que resultem em:

- Perda total da visão de ambos os olhos;
- Perda total do uso de ambos os braços;
- Perda total do uso de ambas as pernas;
- Perda total do uso de ambas as mãos;
- Perda total do uso de um braço e uma perna;
- Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;
- Perda total do uso de ambos os pés;
- Alienação mental total e incurável; e
- Nefrectomia bilateral.

3.1.3.3. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.

3.1.3.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada à seguradora.

3.2. COBERTURAS ADICIONAIS

Estas coberturas somente podem ser contratadas mediante contratação de pelo menos uma das coberturas básicas.

3.2.1. DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE

3.2.1.1. Garante o reembolso ao estipulante, até o limite do capital segurado contratado, no caso de acidente coberto, **durante a viagem segurada**, em decorrência direta e exclusiva de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, durante o período da viagem contratada, e previamente autorizado pela central de atendimento, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.

3.2.1.2. A seguradora indenizará as despesas médicas, hospitalares e odontológicas incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do segurado, observado o limite máximo de indenização indicado no contrato.

3.2.1.3. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados e previamente autorizados pela central de atendimento.

3.2.1.4. A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico-assistente.

3.2.1.5 Não estão cobertos os eventos ocorridos anterior ao início da vigência da viagem contratada.

3.2.2. SEGURO DE BAGAGEM

3.2.2.1. Garante o pagamento de indenização em caso de extravio, roubo, furto qualificado ou destruição da bagagem, desde que sob responsabilidade da companhia, comprovado através da apresentação do relatório comprobatório de perda. A indenização a que se refere esta cobertura será calculada exclusivamente pelo peso da bagagem constante na etiqueta de bagagem fornecida pela Cia. transportadora, acompanhada do competente registro da formalização do extravio, não importando, sob qualquer alegação, seu conteúdo e respeitando o limite de indenização e peso estabelecido nas condições contratuais. **Da indenização serão deduzidos quaisquer valores pagos ao segurado pela empresa transportadora a título de reembolso pelo mesmo evento.**

3.2.2.2. Não se enquadram no seguro de bagagem: bagagem de mão, animais, dinheiro, cheques, metais preciosos, obras-de-arte, ou qualquer objeto roubado de dentro da mala.

3.2.2.3. O peso máximo a ser contratado nas **viagens internacionais** é de 32 (trinta e dois) kg por bagagem e nas **viagens nacionais** 23 (vinte e três) kg por bagagem, conforme estabelecido em condições contratuais.

3.2.2.4. A forma de cálculo a ser utilizada para a indenização da bagagem será: o peso real da bagagem multiplicado pelo fator calculado.

Fator: capital segurado contratado dividido pelo peso máximo por bagagem.

3.2.3. CANCELAMENTO DE VIAGEM

3.2.3.1. A presente cobertura tem por objetivo o pagamento ao segurado ou beneficiário de uma indenização, visando ressarcir-lo das **perdas irrecuperáveis** com depósitos e/ou despesas pagas por antecipação em

referência a viagem, limitada ao capital segurado definido no certificado individual, respeitando-se os riscos excluídos, sempre que o cancelamento da viagem for necessário e/ou inevitável, como consequência única e exclusivamente de:

- a) morte do próprio Segurado, seu Cônjuge ou Parentes (de acordo com a definição constante no item 2.24);
- b) acidente com o próprio segurado, cônjuge ou parentes (conforme item 2.24), em consequência de causas externas, súbitas, involuntárias e violentas, que provoque lesão física que impossibilite sua locomoção;
- c) doença com o próprio segurado, cônjuge ou parentes (conforme item 2.24), desde que haja internação médica e hospitalar;
- d) doenças infecto-contagiosas do segurado, cônjuge ou parentes (conforme item 2.24), tais como, sarampo, caxumba, varicela, rubéola e tuberculose;
- e) fratura óssea do segurado, cônjuge ou parentes (conforme item 2.24), em consequência de causas externas, súbitas, involuntárias e violentas, que impeçam o Segurado de viajar;
- f) caso a residência habitual do segurado sofra danos decorrentes de roubo, incêndio ou explosão, que o impeça de viajar; e
- g) caso o segurado seja intimado para comparecimento em um ato processual que ocorrerá durante o período da viagem ou citado como réu em ação judicial, causando impedimento para realizar a viagem, desde que a citação ou a intimação tenha ocorrido após a aquisição do pacote de viagem.

3.2.3.2. São consideradas perdas irre recuperáveis os valores cobrados pela companhia aérea e/ou agência de viagem a título de multa, em caso de cancelamento de viagem. O valor será limitado ao capital máximo contratado para esta cobertura conforme definido no contrato e certificado individual.

3.2.3.3. O período de vigência desta cobertura é o período que antecede a data de início da viagem, desde que se enquadre nas circunstâncias previstas no item 3.2.3.1.

3.2.4. DECESSOS (Individual)

3.2.4.1. Garante a prestação do serviço ou o reembolso dos gastos com o sepultamento ou a cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado), no limite do capital segurado para esta cobertura estipulado na proposta de adesão e acordado no contrato, em caso de falecimento do segurado, decorrente de acidente, **durante a viagem segurada.**

3.2.4.2. Entende-se por “serviço de sepultamento ou cremação” a cobertura das despesas do funeral, conforme os itens abaixo relacionados:

- Urna/caixão
- Carro para enterro (no município de moradia habitual)
- Carreto/caixão (no município de moradia habitual)
- Serviço assistencial (acompanhamento e orientação aos familiares quanto aos procedimentos necessários para liberação do corpo e para o sepultamento)
- Registro de óbito
- Taxa de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual)
- Taxa de cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual)
- Remoção do corpo/traslado (no município de moradia habitual)
- Repatriamento (até o município de moradia habitual)
- Paramentos (essa)
- Mesa de condolências
- Velas
- Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual)
- Véu
- Um enfeite e uma coroa

3.2.4.3. COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO

3.2.4.3.1. Garante o pagamento de uma verba para aquisição de terreno, jazigo ou carneiro, do dobro do valor do capital segurado, conforme contratado na Cobertura de Decessos, ao beneficiário responsável pela

aquisição, conforme designado pelo segurado, caso o segurado venha a falecer em consequência de causas naturais ou acidentais.

3.2.4.3.2. Em caso de plano familiar esta indenização será paga uma única vez no seguro, ou seja, após ter sido paga a primeira verba para aquisição do jazigo ao beneficiário responsável, a cobertura estará automaticamente excluída do seguro.

3.2.4.4. ALCANCE DA COBERTURA

3.2.4.4.1. O objetivo da cobertura de decessos é a prestação do serviço funeral ou o reembolso das despesas com funeral e/ou o pagamento de um capital para fins de sepultamento ou, se for o caso, da cremação em consequência do falecimento de qualquer um dos segurados devidamente inclusos no mesmo.

3.2.4.4.2. O objetivo da cobertura de jazigo é o pagamento de um capital para aquisição de terreno, jazigo ou carneiro.

3.2.4.4.3. Os beneficiários do falecido poderão renunciar à prestação do serviço de funeral pela seguradora recebendo, neste caso, o reembolso da despesa com o funeral, limitado ao valor do capital segurado contratado, limitado aos valores da nota fiscal.

3.2.4.4.4. Se, em caso de força maior ou de circunstâncias alheias à seguradora, for impossível a prestação do serviço de sepultamento ou cremação, a seguradora ficará obrigada ao reembolso das despesas, observando o limite do valor da nota fiscal e do capital segurado contratado.

3.2.4.5. OBRIGAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS

3.2.4.5.1. A família deverá fornecer à seguradora ou facilitar-lhe o acesso a toda espécie de informações sobre as circunstâncias do sinistro. O não-cumprimento desta obrigação dará lugar à perda de direito à indenização no caso de culpa grave do segurado.

Parágrafo único: Em caso de **morte violenta** (entende-se por “morte violenta” aquela que não é motivada por doença, mas a causada por desastre, suicídio ou homicídio), a família deverá acompanhar o representante da seguradora ao Instituto Médico Legal (IML) para liberação do corpo.

3.2.4.6. SERVIÇO E/OU PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

3.2.4.6.1. A seguradora providenciará os serviços funerários, e os custos serão pagos diretamente à funerária do município, **limitados ao capital segurado.**

3.2.4.6.2. Se o pagamento das despesas for efetuado por um representante da família do segurado, o mesmo será ressarcido mediante a apresentação dos comprovantes originais do pagamento. A seguradora efetuará o pagamento até o limite das despesas efetuadas, ou seja, desde que o valor não ultrapasse o capital segurado individual contratado.

3.2.4.6.3. **A seguradora poderá solicitar o aumento do capital segurado para atender os eventuais aumentos dos custos dos serviços prestados pelas empresas funerárias. Caso tal solicitação não seja aceita pelo segurado, a seguradora ficará obrigada apenas a indenizar o valor do capital segurado contratado.**

3.2.4.7. ABRANGÊNCIA DA COBERTURA

3.2.4.7.1. Esta cobertura abrange o segurado devidamente incluído no seguro por meio da proposta de adesão.

3.2.4.8. FORMA DE SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO

3.2.4.8.1. A família deverá acionar a central de atendimento por telefone para comunicar o óbito e solicitar os serviços funerários e de assistência. A seguradora enviará um representante que:

- a) em caso de falecimento e sepultamento dentro do município de moradia habitual no Brasil:**
- se dirigirá à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município;
 - irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
 - retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a a respeito das providências tomadas;
- b) em caso de falecimento no município de moradia habitual no Brasil com sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:**
- se dirigirá à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município. Neste caso, as despesas com traslado e documentação serão de responsabilidade da família, que deverá tomar todas as providências com relação ao sepultamento em outro município;
 - irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
 - retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a a respeito das providências tomadas;
- c) em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual no Brasil:**
- tomará todas as providências, inclusive arcará com o custeio do traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de moradia habitual, onde será prestado também o serviço de sepultamento;
- d) em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:**
- prestará o serviço no local do óbito, preparando toda a documentação necessária para o traslado do corpo e para o sepultamento em outro município; e
 - o traslado do corpo será reembolsado pela seguradora, limitado aos valores equivalentes aos que seriam despendidos para o traslado à sua moradia habitual no Brasil.

3.2.4.9. SOLICITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SEPULTAMENTO

3.2.4.9.1. Para utilizar a Cobertura de Decessos, o segurado, ou seus familiares, contará com a Assistência 24 Horas, que deve ser acessada pelo(s) telefone(s) constante(s) no(s) documento(s) encaminhado(s) ao(s) segurado(s).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estarão expressamente excluídos de todas as coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) quaisquer doenças, preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) acidentes médicos;**
- c) tratamento de exame clínico (inclusive fisioterapia), cirúrgico ou medicamentoso;**
- d) prática, pelo segurado, de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem;**
- e) perturbações mentais, nervosas e emocionais;**
- f) epidemias e pandemias oficialmente declaradas, incluindo a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas e desde que declaradas por órgão competente;**
- g) envenenamentos por absorção de substância tóxica, exceto escapamento de gases e vapores;**
- h) inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;**

- i) suicídio ou a tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual;
- j) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes;
- k) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, conforme previsto no Código Civil vigente;
- l) auto-mutilação;
- m) atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se for comprovado que o sinistro tenha ocorrido pela utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
- n) viagens em aeronaves ou embarcações:
 - que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.
- o) lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT);
- p) doação e transplante intervivos;
- q) de competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o segurado estiver no exercício de prática de esportes; e
- r) o segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação apropriada.

4.2. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estarão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente Total por Acidente do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) perda de dentes e os danos estéticos;
- b) os eventos ocorridos em consequência de qualquer perda, redução, impotência permanente total ou parcial de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.

4.2.1. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de Invalidez Total ou Parcial por Acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

4.3. Além dos riscos mencionados nos subitens 4.1 e 4.2, estarão também excluídos da Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas:

- a) estado de convalescença (após alta médica);
- b) despesas de acompanhantes;
- c) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e prótese de caráter permanente;
- d) acidentes ou doenças pré-existentes ao início de vigência da cobertura individual, e suas consequências;
- e) lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- f) lesões intra-articulares de joelho;
- g) síndromes compressivas nervosas;
- h) fraturas patológicas;
- i) dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites (desde que sejam crônicos);
- j) entesopatia;
- k) entorses, distensões, contusões e luxação de ombro, desde que sejam crônicos; e
- l) doenças mentais e psiquiátricas.

4.4. Estão expressamente excluídos da Cobertura de Bagagem:

- a) o evento causado pelo proponente operador ou membro da tripulação no meio de transporte;
- b) o evento não notificado à companhia por meio do preenchimento do informe de irregularidade, antes de deixar o local de desembarque;

- c) depreciação, deterioração por vazamento de líquidos e deterioração normal dos objetos constantes na bagagem;
- d) os danos conseqüentes de confisco ou de destruição a mando de autoridades de fato ou de direito;
- e) os danos a óculos, lentes de contato e qualquer aparato bucal;
- f) furto simples e extravio de bagagem sob a responsabilidade do segurado (inclusive bagagem de mão);
- g) jóias, peles, relógios, títulos, apólices e dinheiro (inclusive cheques de viagem);
- h) danos de vício próprio, derrame ou vazamento de líquidos, roeduras, danos causados por traças ou por insetos;
- i) problemas de uso, tais como: arranhaduras, esfolamento, quebra de alça e outros semelhantes;
- j) quebra de porcelana, cristais e objetos frágeis; e
- k) qualquer objeto roubado de dentro da mala.

4.5. Estarão expressamente excluídos da Cobertura de Cancelamento de Viagem:

- a) doença crônica ou preexistente, exceto manifestações agudas;
- b) estados gripais e crises de conjuntivite;
- c) tratamento dentário não decorrente de acidente;
- d) cirurgias plásticas e tratamento com finalidade rejuvenescedora ou estética;
- e) tratamento de doenças mentais, psiconeuróticas e de personalidade;
- f) exames de avaliação (check-ups);
- g) quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- h) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- i) atos ou operações de guerra, declaradas 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;
- j) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- k) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei; e
- l) a morte por suicídio ou a tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual.

4.6. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estará também excluído da Cobertura de Decessos a conseqüência direta ou indireta da seguinte ocorrência:

- a) cremação para os segurados que residam em municípios que não disponham desse serviço.

4.7. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5. FORMAS DE CONTRATAÇÃO

De acordo com as relações existentes entre o estipulante e segurado, bem como os destinos das viagens seguradas, este seguro pode ser contratado das seguintes formas:

5.1. Viagens turísticas ou não: seguro contratado pelos segurados cujas viagens seguradas serão averbadas por meio do estipulante. Os dados de cada viagem segurada e a relação de segurados devem ser enviados à seguradora antes do início de vigência individual.

5.2. Viagens Corporativas: seguro contratado para viagens a serviço, mediante aquisição prévia de "estoque de dias". O seguro também poderá ser contratado para cobertura anual para funcionários relacionados na apólice, cujas viagens realizadas deverão ser informadas mensalmente à seguradora, independente do seu início.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1. As coberturas do seguro previstas nestas condições gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

7. INCLUSÃO DO SEGURADO

7.1. A inclusão do(s) segurado(s) na apólice é feita através de certificado de viagem, podendo ser compulsória ou facultativa.

8. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. O início e término da cobertura individual serão:

8.1.1. Viagem Internacional – começa a partir do check-in no primeiro embarque, incluindo os lugares de paradas intermediárias, as conexões, os transbordos e os locais de estadia, e termina na data especificada no certificado ou no momento do desembarque final no Brasil, após a passagem do segurado pela Polícia Federal, o que ocorrer primeiro;

8.1.2. Viagem Nacional – começa a partir do check-in no primeiro embarque rumo à viagem segurada, incluindo os lugares de paradas intermediárias, as conexões, os transbordos e os locais de estadia, e cessa na data especificada no certificado ou no momento do desembarque final quando do retorno do segurado, o que ocorrer primeiro.

8.2. A cobertura de qualquer risco termina:

- a) com o desaparecimento do vínculo com o estipulante;
- b) no término de cada viagem segurada nos termos da apólice;
- c) no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, observando-se, em qualquer caso, que se dará automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, respeitados os riscos em curso cujo prêmio tenha sido integralmente pago até o término de sua vigência;
- d) quando o segurado solicitar por escrito, sua exclusão da apólice;
- e) em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas condições gerais, observados os riscos em curso cujo prêmio tenha sido integralmente pago até o término de vigência;
- f) com a exclusão do segurado da apólice:
 - pelo pagamento da indenização por Morte Acidental ou Invalidez Total por Acidente;
 - por falta de pagamento do prêmio;
 - quando o segurado, mediante solicitação por escrito à seguradora, requerer o cancelamento do seguro. Neste caso, será devolvido ao segurado o valor proporcional, da data do pedido de cancelamento até a data de fim de vigência do risco, do prêmio efetivamente pago, devidamente atualizado pelo IPCA pro rata dia; e
 - se for antecipada a cessação da viagem segurada em decorrência de um sinistro previsto nestas condições gerais, ocorrerá automaticamente a caducidade da cobertura deste seguro, não cabendo restituição do prêmio.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

9.1. A vigência da apólice será conforme estabelecido nas condições contratuais, sendo renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a seguradora, o estipulante ou o segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias da data de renovação, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.

9.2. A renovação da apólice para os demais períodos de vigência não se dará de forma automática, devendo ser expressa entre as partes.

9.3. Nenhuma alteração deste contrato é válida se não for feita por escrito por meio de aditamentos ou endossos emitidos pela seguradora com a concordância do estipulante.

9.4. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para o(s) segurado(s) ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

9.5. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar os segurados e o estipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

9.6. Caso o segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

9.7. Se a inexatidão ou a omissão das declarações não resultar de má fé do segurado, a seguradora poderá:

9.7.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

9.7.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

9.7.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, excluir o segurado da apólice após o pagamento da indenização, sem prejuízo de cobrança de diferença do prêmio cabível

10. CAPITAIS SEGURADOS

10.1. Os limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante conforme as condições contratuais acordadas entre as partes.

11. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

11.1. Não será permitida a alteração do capital segurado.

12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

12.1. Os capitais segurados e os prêmios correspondentes, caso sejam atualizados por índice de preços, serão atualizados monetariamente em cada aniversário da apólice pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem 02 (dois) meses anteriores ao aniversário do certificado individual.

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

12.3. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV).

12.4. Para os seguros de prazo inferior a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.

13. PAGAMENTO DO PRÊMIO

13.1. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais.

13.1.1. A data-limite para pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.

13.1.2. Quando a data de vencimento coincidir com um dia em que não houver expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia subsequente em que houver expediente bancário.

13.2. Qualquer indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver sido realizado pelo segurado ou estipulante, o que deve ser feito no máximo até a data-limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.

13.3. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado se for realizado ainda naquele prazo.

13.4. Caso haja falta de pagamento do prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto nos itens 15 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, e 16 – CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, destas condições gerais.

13.4.1. Entretanto, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o estipulante deixar de recolher junto à seguradora e no prazo devido os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, e ficando o estipulante sujeito às cominações legais previstas na legislação vigente.

13.4.2. O estipulante fica terminantemente proibido de recolher do(s) segurado(s), a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, ficará o estipulante obrigado a destacar no documento de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada segurado.

13.5. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto no item 14 – REAVALIAÇÃO DE TAXA, destas condições gerais ou em caso de mudança de faixa etária, caso previsto no contrato.

13.6. Os prêmios sofrerão alteração anualmente de acordo com a mudança etária do segurado, conforme previsto em legislação vigente, caso previsto no contrato.

13.7. Este plano de seguro foi estruturado em regime financeiro de repartição, sendo assim não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

14. REAVALIAÇÃO DE TAXA

14.1. Na ocasião da renovação, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme condições contratuais e legislação vigente.

14.2. Em caso de reavaliação de taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo.

14.3. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para o(s) segurado(s) ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

15. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

15.1. Na falta de pagamento de 1 (uma) fatura/parcela, a cobertura será suspensa. Os sinistros ocorridos no período de inadimplência não terão cobertura.

15.2. A reabilitação do seguro se dará a partir do pagamento da próxima fatura/parcela, sendo vedada a cobrança de prêmios pelo período de suspensão.

15.3. Na falta de pagamento de 2 (duas) faturas/parcelas, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência ou renovação, o seguro será automaticamente cancelado.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

16.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido no item 15 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, sem que tenha(m) sido quitada(s) a(s) respectiva(s) parcela(s) do prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.

16.2. Havendo o desejo por parte do segurado de cancelar o seguro, este deverá encaminhar à seguradora solicitação de próprio punho devidamente assinada. O seguro será cancelado após o último dia do período de vigência correspondente à última parcela do prêmio pago.

16.3. No caso de morte do segurado ou pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro será extinto automaticamente na data do evento coberto.

16.4. O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, e no caso de seguro coletivo, com a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

16.5. A apólice poderá ser cancelada:

- por solicitação escrita do estipulante ou da seguradora, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do vencimento anual do seguro; ou
- se o estipulante não aceitar as condições de reavaliação propostas pela seguradora para a manutenção do seguro.

17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

17.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.

17.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

17.3. A partir da entrega da documentação básica listada no item 17.6 exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

17.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculados pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

17.4. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será no máximo igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

17.5. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado (respeitando-se o limite de cobertura estabelecido).

17.6. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

17.6.1. Em caso de Morte Acidental e Decessos:

- comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada);
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
- comprovante de residência do segurado;
- formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;
- cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário;
- comprovante de residência do beneficiário;
- Certidão de Casamento (atualizada no caso de sinistro do cônjuge, emitida após o óbito);
- cópia autenticada da declaração de imposto de renda onde consta que o cônjuge/companheiro(a) seja dependente do segurado(a);
- Boletim de Ocorrência Policial ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho);
- CNH, se for acidente de trânsito (e quando a vítima for o motorista);
- Laudo Necroscópico do IML;
- Declaração de Pátrio Poder para beneficiários menores de 18 (dezoito) anos;
- RG/RNE, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral (cópias autenticadas); e
- notas fiscais e recibos das despesas com o funeral (originais).

17.6.2. Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- exame de corpo de delito, quando indicado;
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
- comprovante de residência do segurado;
- formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;
- cópia do Registro de Emprego e comprovante de pagamento do salário referente ao último mês de atividade;
- cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
- CNH, se for acidente de trânsito (e quando o segurado sinistrado for o motorista);
- no caso de invalidez total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS;
- exames e laudos médicos que confirmem a invalidez permanente; e
- relatório médico informando o diagnóstico, tratamento usado, alta definitiva e, as seqüelas definitivas, discriminadas em grau porcentual, com firma reconhecida.

17.6.3. Em caso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas:

- comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- cópia do Boletim de Ocorrência, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) ou descrição do acidente, se houver;
- exame de corpo delito, quando indicado;
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
- comprovante de residência do segurado;
- formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;
- declaração do médico-assistente, indicando os medicamentos e procedimentos realizados e utilizados, com firma reconhecida;
- CNH se for acidente de trânsito (em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado);
- comprovante original das despesas que comprovem a data do efetivo pagamento juntamente com a descrição; e
- cópia dos documentos pessoais do contratante da Nota fiscal referente às despesas com o acidente: CPF, RG/RNE e comprovante de residência.

17.6.4. Bagagem:

- ticket com a comprovação de embarque e despacho da bagagem (informando o peso despachado);
- carta da companhia aérea informando o peso efetivo da bagagem despachada (em caso de perda do ticket com a comprovação de embarque e despacho da bagagem);

- cópia do (RIB) REGISTRO DE IRREGULARIDADE DE BAGAGEM e/ou (PIR) PERSONAL IRREGULARITY REPORT (reclamação registrada no balcão de atendimento da Cia. aérea);
- documento emitido pela companhia informando sobre a não-localização da bagagem;
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado; e
- comprovante de residência do segurado.

17.6.4.1. Em caso de destruição da bagagem será necessário:

- ticket com a comprovação de embarque e despacho da bagagem;
- carta da companhia aérea informando o peso efetivo da bagagem despachada (em caso de perda do ticket com a comprovação de embarque e despacho da bagagem);
- quatro fotos de diferentes ângulos da bagagem destruída;
- três orçamentos diferentes para reparo das avarias da bagagem;
- documento emitido pela companhia informando sobre destruição da bagagem;
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado; e
- comprovante de residência do segurado.

17.6.5. Cancelamento de Viagem

17.6.5.1. Por motivo de doença:

- apresentação da comprovação da compra do bilhete ou voucher ou cartão de viagem, na qual deverá constar a data de embarque;
- laudo emitido pela clínica/médico justificando o motivo e confirmando a internação do segurado na data programada para a viagem;
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
- comprovante de residência do segurado; e
- comprovante emitido pela empresa de viagem, informando o valor da multa.

17.6.5.2. Por motivo de acidente:

- apresentação da comprovação da compra do bilhete ou voucher ou cartão de viagem, na qual deverá constar a data de embarque;
- laudo emitido pela clínica/médico informando a lesão ocorrida e comprovação da impossibilidade de locomoção;
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
- comprovante de residência do segurado; e
- comprovante emitido pela empresa de viagem, informando o valor da multa.

17.6.5.3. Por motivo de falecimento de parentes (conforme item 2.24):

- apresentação da comprovação da compra do bilhete ou voucher ou cartão de viagem, na qual deverá constar a data de embarque;
- apresentação de documentação que comprove o parentesco;
- cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
- comprovante de residência do segurado; e
- comprovante emitido pela empresa de viagem, informando o valor da multa.

17.7. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

17.8. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa voltando a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

17.9. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

17.10. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do estipulante ou agente captador do seguro.

18. PERDA DE DIREITOS

18.1. Caso o Estipulante, Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

18.1.1. Se a inexatidão ou a omissão das declarações não resultar de má fé do Segurado, a Seguradora poderá:

18.1.1.1. Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

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

18.1.1.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização.

18.2. O(s) segurado(s) está(rão) obrigado(s) a comunicar à seguradora, logo que souber(em), qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou(aram) de má-fé.

18.2.1. Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração.

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

18.4. O cancelamento somente será possível se solicitado até 2 (dois) dias antes da data do início da viagem por escrito ao estipulante, devendo ser restituída a diferença do prêmio deduzido as despesas de emissão e administrativas.

18.5. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

19. BENEFICIÁRIOS

19.1. A indicação do(s) beneficiário(s) deverá ser clara e precisa, sendo de livre escolha do segurado e devendo constar na proposta de adesão preenchida pelo mesmo, observando-se as limitações previstas no Código Civil vigente.

19.2. O(s) beneficiário(s) poderá(ão) ser alterado(s) a qualquer momento pelo segurado, bastando o encaminhamento à seguradora do formulário Informe de Alteração de Nome/Beneficiários, devidamente preenchido e assinado. A alteração de beneficiário só terá validade a partir do recebimento desse formulário pela seguradora, confirmada pelo relógio-datador.

19.3. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, será ilícita a substituição do(s) beneficiário(s) por ato entre vivos ou de última vontade.

19.3.1. Quando a seguradora não for informada oportunamente da substituição, ficará desobrigada pagando o capital segurado ao(s) antigo(s) beneficiário(s).

19.4. A pessoa que for legalmente inibida de receber doação do segurado não poderá ser instituída como seu beneficiário.

19.5. O beneficiário do(s) cônjuge(s) e filho(s) será sempre o segurado.

19.6. Caso não seja(m) indicado(s) o(s) beneficiário(s) na proposta de adesão, o capital segurado será pago conforme os princípios estabelecidos no Código Civil vigente.

19.7. Será válida a instituição do(a) companheiro(a) como beneficiário(a) se, no momento da contratação, o segurado se encontrava separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

19.8. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge ou separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

19.9. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

20. SUB-ROGAÇÃO

20.1. No seguro de pessoas, o segurador não pode se sub-rogar nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário contra o causador do sinistro, conforme estabelecido no Código Civil vigente.

21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

21.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades do estipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para inclusão mensal de segurados e conseqüente emissão de faturas, se couber;
- b) manter a seguradora informada a respeito do segurado, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido nesta apólice;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo artigo 7º da Resolução CNSP 107/04;
- e) pagar no banco credenciado, o valor total dos prêmios, se couber;
- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice;
- g) discriminar o nome da seguradora, nos documentos e comunicações referentes ao seguro objeto desta contratação, desde que previamente aprovados pela seguradora;
- h) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa;
- i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a regulação de sinistros;
- j) comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considerarem irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
- l) cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

22. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

22.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades da seguradora:

- a) pagar os sinistros a que fizer jus o segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que

- esta julgar necessário para complementação do processo, passando, a partir de sua entrega, a contar novo prazo para regulação do sinistro;
- b) informar por escrito ao segurado, a ocorrência do não pagamento da fatura por parte do estipulante, se couber;
- c) emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo estipulante, se couber;
- d) cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

23. DISPOSIÇÕES FINAIS

23.1. Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

23.2. Qualquer modificação da apólice em vigor, que traga prejuízos ou novos ônus aos segurados, não previsto nestas condições gerais, dependerá da anuência expressa dos segurados que representem $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

23.3. Neste seguro não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados.

23.4. O registro destas condições gerais na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

23.5. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

23.6. Este seguro será por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

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

23.8. A propaganda e a promoção do seguro por parte do estipulante e/ou corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas as condições contratuais da apólice e as normas do seguro, ficando a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

23.9. Os casos não previstos na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais serão pagos com base em literatura mundial.

24. FORO

24.1. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado para ações fundadas em direitos ou obrigações decorrentes deste seguro.

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100

Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia Bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE 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
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES	%
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo.	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES	%
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um 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° (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1° (primeiro) dedo, equivalente ½ (metade), e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 (um terço) do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- Menos de 3 (três) centímetros	sem indenização
DIVERSAS	%
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
Em grau mínimo	10

Em grau médio	20
Em grau máximo	30
NARIZ	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	7
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	7
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
Ectrópio unilateral	3
Ectrópio bilateral	6
Entrópio unilateral	7
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	3
Má oclusão palpebral bilateral	6
Ptose palpebral unilateral	5
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONOAÇÃO	
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	15
- mais de 50% (cinquenta por cento)	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	8
Perda total das duas orelhas	16
ARTICULAÇÕES (ANQUILOSES)	
Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25 (vinte e cinco), 50 (cinquenta) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MEMBROS	
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
Perda do braço	15
APARELHO URINÁRIO	
Perda de um rim	
Função renal preservada	15
Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50
Insuficiência renal	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática	sem indenização

SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	2
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOME (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)	
Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial sem transtorno funcional	5
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	7

São Paulo, 16 de maio de 2013.

Vera Lúcia Ferreira Fernandes
 Atuária – MIBA Nº 817

Verônica Gonçalves Batista
 Atuária - MIBA Nº. 1651