



**ACIDENTES
PESSOAIS COLETIVO
PASSAGEIROS
CONDIÇÕES GERAIS**



Prudential

CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO PASSAGEIROS
PROCESSO SUSEP : 005-00210/01

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

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

1.2. O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

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

2 . APRESENTAÇÃO

Apresentamos a seguir as Condições Gerais do Seguro de Acidentes Pessoais de Passageiros, que estabelecem as normas de funcionamento das garantias contratadas.

Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às garantias aqui previstas, contratadas e discriminadas no Certificado Individual de seguro, desprezando-se quaisquer outras.

Mediante a contratação do seguro, o estipulante e o segurado aceitam explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.

Para os casos não previstos nestas condições, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

3. ESTRUTURA DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO

Este seguro apresenta-se em partes assim denominadas:

Condições Gerais são as cláusulas comuns a todas as garantias e/ou modalidades desta apólice de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos da segurada e da seguradora.

Condições Especiais são as cláusulas relativas às garantias deste plano de seguro, onde são descritos os riscos cobertos e os riscos não cobertos em cada garantia.

Condições Particulares são as cláusulas que especificam o plano de seguro contratado para esta apólice.

Este conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, Especiais, Particulares e Apólice são as Condições Contratuais.

4. GLOSSÁRIO

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nesta apólice, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.

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 outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2) 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-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.3) 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.

APÓLICE: documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.

BENEFICIÁRIO: pessoa física designada para receber o valor da indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

CAPITAL SEGURADO: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, no caso de ocorrência de sinistro.

CARÊNCIA: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

DOLO: é um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

ESTIPULANTE: é a pessoa física ou jurídica que contrata a apólice coletiva de seguro de plano coletivo, investida dos poderes de representação dos segurados, nos termos da legislação e da regulamentação em vigor. **Para fins deste seguro, somente poderão ser estipulantes do seguro as pessoas que, tendo a propriedade ou posse legítima dos veículos, utilizem-nos no transporte de passageiros.**

EVENTO COBERTO: é o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais.

FRANQUIA: é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização.

GARANTIAS: são as obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas condições gerais.

GRUPO SEGURADO: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

GRUPO SEGURÁVEL: é aquele constituído pela totalidade dos passageiros, inclusive o motorista, que estejam transitando em veículo(s) discriminado(s) na apólice do respectivo Estipulante.

HOSPITAL: é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. **Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora.**

INDENIZAÇÃO: é o valor a ser pago pela seguradora ao segurado, ou a seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.

LOTAÇÃO OFICIAL: é a Lotação Oficial do veículo de acordo com o documento expedido pelo órgão regulamentador.

IMPORTANTE

Sempre que estiverem, no veículo, passageiros em número superior à Lotação Oficial e até o número máximo admitido, a indenização atribuída a cada passageiro será o quociente entre a importância total segurada e o número de passageiros.

MÉDICO: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. **Não serão aceitos como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

PASSAGEIRO: Consideram-se passageiros todas as pessoas que estiverem sendo transportadas em veículo(s), discriminado(s) na especificação da apólice do respectivo Estipulante e devidamente licenciados para o transporte de pessoas, inclusive o motorista, limitado ao número da lotação oficial sentados e em pé (em caso de transporte urbano ou interurbano), desde que respeitando a capacidade oficial do órgão regulamentador.

PRÊMIO: é o valor pago à seguradora para que esta assuma os riscos cobertos pelo seguro

PROPONENTE: nessa modalidade de seguro, o proponente é o próprio estipulante.

PROPOSTA DE ADESÃO: é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento destas condições gerais.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: é o documento mediante o qual o estipulante expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as garantias e capitais segurados propostos e manifestando pleno conhecimento e concordância com os termos estabelecidos nas Condições Contratuais.

SEGURADO: é o passageiro sobre o qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

SEGURADORA: É a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país.

SEGURO CONTRIBUTÁRIO: seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do segurado.

SEGURO NÃO-CONTRIBUTÁRIO: seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do estipulante.

SINISTRO: é a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência da apólice.

VEÍCULO: do latim vehiculum, é todo e qualquer meio de transporte existente. Seja motorizado ou não. Por quaisquer vias (terrestres, marítimas ou aéreas).

VIGÊNCIA: período pelo qual está contratado o seguro.

5. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização para os passageiros dos veículos discriminados na apólice, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos**, desde que respeitadas as condições contratuais.

6. RISCOS COBERTOS

Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles definidos nas condições especiais que fazem parte integrante e inseparável deste contrato.

Na hipótese de sinistro decorrente de risco simultaneamente amparado por várias garantias, prevalecerá aquela que for mais favorável ao segurado, a seu critério, não sendo admitida a acumulação de garantias e seus limites máximos contratados.

7. GARANTIAS DO SEGURO

7.1. Este seguro oferece um total de 6 garantias, divididas em:

7.1.1. Garantias Básicas:

- a) Morte Acidental – MA
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA

7.1.2. Garantias Adicionais:

- a) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas – DMH
- b) Diária por Internação Hospitalar – DIH
- c) Diária por Incapacidade Temporária – DIT
- d) Auxílio Funeral - AF

7.2. Condições para contratação das garantias:

- a) É obrigatória a contratação de, pelo menos, uma das garantias básicas;
- b) As garantias adicionais poderão ser contratadas pelo estipulante, observados os limites estabelecidos para a contratação e, em nenhuma hipótese, poderão ser contratadas isoladas de uma garantia básica;
- c) As garantias, quaisquer que sejam, serão concedidas para todo o grupo segurado, de acordo com o plano de seguro contratado.

8. RISCOS EXCLUÍDOS:

8.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO SEGURO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA DE:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) condição preexistente de conhecimento do segurado e não declarada na Proposta, que contribua direta ou indiretamente na caracterização de um evento previsto nestas Condições Gerais;**
- d) suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso;**
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;**
- f) atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, em caso de seguro contratado por pessoa jurídica;**
- g) epidemias declaradas por órgão competente, pandemias, gripe aviária, envenenamento, exceto por absorção de substância tóxica, escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;**
- h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da**
- i) prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- j) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- k) perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a**
- l) natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade**

pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor as condições contratuais do presente seguro;

- m) acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;
- n) acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência;
- o) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;
- p) eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 4 destas Condições Gerais;
- q) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas conseqüências, mesmo quando provocado por acidente;
- r) perda de dentes e danos estéticos;

8.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO ITEM 8.1, ESTÃO AINDA EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO SEGURO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA DE:

a) quaisquer acidentes que ocorrerem aos passageiros dos veículos se estes estiverem com lotação excedente da autorizada por regulamentos e atos baixados pelas autoridades competentes, e/ou forem postos em movimento ou guiados por motoristas que não tenham a devida carteira de habilitação, ressalvados os casos de força maior.

a.1) Em caso de acidente ocorrido durante a viagem em que se verifique excesso de lotação, resultante de força maior, a indenização que seria devida a cada um dos passageiros acidentados, será reduzida na proporção da lotação segurada para que existia no veículo na ocasião do acidente.

- b) quaisquer acidentes que ocorrerem aos passageiros de veículos terrestres com menos de 4 (quatro) rodas, das corporações militares, de bombeiros e de transportes de presos;
- c) quaisquer acidentes envolvendo veículos que não estejam legalmente autorizados, pelos órgãos competentes, a operar ou transitar;
- d) quaisquer acidentes envolvendo veículos acima de 10 (dez) anos de uso.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

GARANTIAS	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA
Morte Acidental – MA	A cobertura é válida em todo o globo terrestre.
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA	A cobertura é válida somente para o diagnóstico da invalidez em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.
Despesas Médico-Hospitalares – DMH Auxílio-Funeral – AF	A cobertura é válida somente para as despesas em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o território brasileiro.
Diária por Internação Hospitalar – DIH	A cobertura é válida somente para a internação em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o território brasileiro
Diária por Incapacidade Temporária – DIT	A cobertura é válida somente para o diagnóstico da incapacidade em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

10. CARÊNCIA

Na cobertura de acidentes pessoais, há carência de dois anos, contados a partir da vigência inicial do contrato, ou da sua recondução, depois de suspenso, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado. Para outros eventos, não há carência.

11. FRANQUIA

Haverá franquia de 15 (quinze) dias, por evento coberto, para a garantia de Diária por Incapacidade Temporária.

12. CONTRATAÇÃO

12.1. A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo estipulante na proposta do seguro. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

12.2. Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na Proposta de Contratação, o estipulante deverá solicitar à seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão da mesma, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto na apólice.

12.3 As garantias adicionais só poderão ser concedidas para a totalidade do grupo segurado e, em nenhuma hipótese, isoladas da cobertura garantia básica.

12.4. No ato da contratação será obrigatório o preenchimento e a assinatura, pelo proponente, da Proposta de Adesão ao seguro, que será encaminhada à seguradora para análise de sua aceitação.

12.5. As Condições Gerais do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva Proposta de Adesão, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das Condições Gerais.

13. ACEITAÇÃO DO SEGURO

13.1. A seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias corridos para aceitar ou recusar o risco, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, seja para seguros novos ou para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos ou ainda para as renovações. Caberá a Seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta de adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

13.2. Caso a seguradora solicite documentos complementares para análise do risco, o que poderá ser feito apenas uma vez, este prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil após a data em que se der a entrega desses documentos.

13.3. A ausência de comunicação da seguradora, por escrito, no prazo previsto no item 13.1, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

13.4. Caso o seguro venha a ser recusado, dentro do prazo estipulado, a seguradora enviará uma correspondência ao estipulante ou ao seu corretor, especificando os motivos da recusa. Na hipótese em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos sujeitam-se a atualização monetária pela variação positiva do Índice de Preço ao Consumidor Ampliado (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir da formalização da recusa até a data efetiva da restituição pela seguradora, devendo ser restituído ao proponente, 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.

13.5. A aceitação do risco implicará na emissão, pela seguradora, do Certificado do Seguro, o qual será entregue ao proponente contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada garantia contratada e o prêmio total.

13.6. O pagamento da primeira parcela do seguro, assim como o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, caracteriza a ciência, aceitação e concordância, das Condições Gerais deste seguro.

13.7. É obrigação do Estipulante informar à Seguradora de todos os veículos que serão inclusos na apólice, bem como suas características de acordo com essas Condições Gerais;

13.8. Em qualquer caso de inclusão, exclusão ou substituição de veículo(s), o Estipulante deverá fazer o pedido, por escrito, à Seguradora, mencionando as características de acordo com estas condições gerais, a fim de que seja emitido o competente aditivo;

13.9. A responsabilidade da Seguradora terá início no dia seguinte ao da data do recebimento do pedido de inclusão ou substituição formulada, por escrito, do Estipulante. A exclusão será feita a partir da data do recebimento, pela Seguradora, do pedido, por escrito, do Estipulante.

14. VIGÊNCIA

14.1. A apólice é emitida pelo prazo determinado nas suas Condições Particulares.

14.2. O início e o término de vigência da apólice será às 24 (vinte e quatro) horas das datas expressamente acordadas entre as partes e indicadas na apólice.

14.3. O início de vigência da apólice será às 24 (vinte e quatro) horas da data da aceitação da proposta, ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, quando não houver pagamento de prêmio. No caso de haver o pagamento de prêmio, o início da vigência será às 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento do prêmio. O término de vigência ocorrerá também às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim indicada na apólice.

14.4. A vigência do risco individual inicia-se no momento do ingresso do passageiro no veículo.

14.5. O término de vigência do risco individual ocorrerá no momento da saída do passageiro do interior do veículo ou na ocorrência de um sinistro previsto nestas Condições Gerais.

15. RENOVAÇÃO

15.1. A apólice é emitida pelo prazo determinado nas suas Condições Particulares e poderá ser renovada automaticamente, por igual período, uma única vez, **caso não haja expressa desistência do estipulante ou da seguradora até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência.** As renovações posteriores ocorrerão somente mediante expressa solicitação do estipulante e desde que não implique em ônus ou dever para os segurados, ou redução de seus direitos.

15.2. No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, a cobertura de cada segurado cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.

15.3. Na renovação da apólice será emitido pela seguradora o Certificado do Seguro, contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada garantia contratada e o prêmio total.

15.4. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus aos segurados, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do grupo segurado.

15.5. Anualmente será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e a modificação da apólice na data da renovação dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo.

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

16. CAPITAL SEGURADO

16.1. O capital segurado contratado para cada garantia e por passageiro segurado constará no Certificado do Seguro e é o valor que corresponde à importância máxima a ser paga ou reembolsada pela seguradora, na ocorrência de evento coberto pela apólice, e será expresso em moeda corrente nacional.

16.2. A Seguradora, em hipótese alguma, responderá por qualquer indenização superior à apurada na forma prevista, ficando o Estipulante como único responsável pelas diferenças que venha a pagar, amigavelmente ou cumprindo sentença judicial, aos passageiros acidentados ou aos seus beneficiários.

17. PAGAMENTO DE PRÊMIO

17.1. O prêmio do seguro poderá ser pago à vista ou em parcelas durante o período de vigência da apólice e as formas de custeio e cobrança serão estabelecidas no ato da contratação e determinadas nas Condições Particulares da apólice.

17.2. O prêmio do seguro poderá ser parcelado utilizando o cálculo na base “pro-rata-temporis” ou utilizando a tabela de prazo curto especificada a seguir:

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

88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

17.2.1 Para percentuais não previstos na tabela de prazo curto, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

17.3. Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio à vista, ou de qualquer uma de suas parcelas, corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o estipulante poderá efetuar o pagamento no 1º (primeiro) dia útil após tal data, em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias.

17.4. Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, este poderá ser pago até o 60º (sexagésimo) dia posterior ao vencimento da parcela em atraso para veículos em circulação, e será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a conseqüente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

17.5. Decorrido o prazo definido conforme o item 17.3, e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reativada. Havendo interesse da segurada, deverá ser contratado um novo seguro, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento.

17.6. Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela não quita nem dá direito ao segurado à cobertura do seguro, se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

17.7. A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao segurado, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato, que será efetuado ainda que o segurado ou estipulante, conforme o caso, alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

17.8. O segurado e o estipulante obrigam-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição da correspondência de aviso de cancelamento.

17.9. De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado ou ao estipulante, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do contrato ou da sua recondução depois de suspenso, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.

18. CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1. A apólice poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante acordo entre a seguradora e o estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago, e com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

18.1.1 Neste caso a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “pro-rata-temporis”.

18.1.2 Neste caso, o prêmio a ser devolvido será corrigido pelo índice IPCA/IBGE, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa do segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.

18.2. Na falta de pagamento do prêmio, conforme o item 17.4 destas condições gerais, a apólice será cancelada automaticamente pela seguradora.

18.3. A cobertura de qualquer certificado termina:

- a) no final do prazo de vigência da apólice coletiva, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;**
- b) Em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Gerais;**
- c) por falta de pagamento do prêmio, conforme o item 17.4 destas condições gerais;**
- d) Com a exclusão do segurado da apólice pelo pagamento da indenização por Morte;**
- e) Com a exclusão do segurado da apólice pelo pagamento da indenização por Invalidez Permanente Total;**
- f) Com a cessação do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago;**
- g) Quando o segurado, mediante solicitação por escrito à seguradora, requerer o cancelamento do seguro.**

19. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

19.1. Ocorrendo um evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo estipulante, segurado, beneficiário ou seu representante mencionando qual o veículo sinistrado, conforme especificado nas Condições Particulares da apólice.

Os formulários de aviso de sinistro estão disponíveis no site www.prudentialdobrasil.com.br. Eles devem ser preenchidos, assinados e enviados, junto com toda a documentação básica necessária, para a Prudential do Brasil Vida em Grupo, através do seguinte canal:

Prudential do Brasil Vida em Grupo – Gerência de Sinistro Pessoas
Caixa Postal 68.003
CEP: 04045 – 972
São Paulo – SP

19.2. Informações e documentação necessária:

Veja abaixo a lista da documentação básica necessária (entregues na forma de cópia autenticada em cartório público):

a) Do segurado:

- RG
- CPF
- Certidão de Nascimento ou Casamento

b) Do(s) beneficiário(s):

- Pais: RG e CPF do segurado;
- Cônjuge: Certidão de Casamento, RG e CPF;
- Companheira(o): RG e CPF e comprovação de dependência na Carteira Profissional ou no Imposto de Renda ou junto ao INSS;
- Filhos: Certidão de Nascimento e RG, sendo que:

I - Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;

II - Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

c) Do veículo sinistrado:

- Ano
- Modelo
- Placa
- Chassi
- Data, hora, local e causa do acidente
- Número de acidentados

d) Deverá ser entregue ainda a documentação por tipo de ocorrência, constante das Condições Especiais das garantias contratadas.

19.3. No caso de o Estipulante, amigavelmente ou cumprindo sentença judicial, indenizar passageiros segurados, em importâncias superiores aos limites estabelecidos na apólice, a Seguradora responderá somente até os limites máximos fixados na apólice, ficando o excedente sob exclusiva responsabilidade do Estipulante.

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

20.1. Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências pela mesma determinadas.

20.2. Todos os pagamentos de indenizações referentes a esse seguro serão efetuados no Brasil e em moeda corrente nacional.

20.3. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como **data do evento**, quando da liquidação dos sinistros, para as garantias de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial, Despesas Médico-Hospitalares, Diária por Internação Hospitalar e Diária por Incapacidade Temporária, a data do acidente.

20.4. O prazo para o pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos nestas condições gerais. No caso de solicitação de documentos e/ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável, este prazo será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

20.5. Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização estará sujeito a aplicação de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.

20.6. Os valores das indenizações de sinistros ficam sujeitos a atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, a partir da data de ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.

20.7. No caso de segurados menores de idade, a indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial será paga conforme a seguir:

- a) para segurados com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos - a indenização será paga em nome do segurado, devidamente representado em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o segurado será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;
- b) para segurados com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior à 18 (dezoito) anos, a indenização será paga em nome do segurado, devidamente assistido em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o segurado será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

20.8. Em caso de ocorrência de Invalidez Permanente Total por Acidente, seguida de morte do segurado em consequência do mesmo acidente, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da indenização, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula Beneficiária constante do item 25.1 destas condições gerais.

20.9. As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total verificar-se a morte do segurado dentro de um ano a contar da data do acidente e em consequência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização devida para a garantia de Morte, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente Total.

21. JUNTA MÉDICA

21.1. Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, será proposta pela seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de três membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

21.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

21.3. 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.

21.4. A junta médica deverá ser realizada somente quando houver divergências do caráter da invalidez, entre o médico assistente do segurado e o médico perito da seguradora.

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

21.6. Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

21.7. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

22. PERÍCIA DA SEGURADORA

22.1. Em todas as notificações de internação hospitalar do segurado poderão ser realizadas perícias médicas comprobatórias do enquadramento do evento e do número de dias de internação hospitalar, e análise das despesas médico-hospitalares.

22.2. O segurado, ao propor sua adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados

apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

22.3. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

23. PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

23.1. 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.

23.2. As atualizações serão efetuadas com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

23.3. No caso de extinção ou vedação do IPCA/IBGE como índice de atualização de valores, a seguradora utilizará o índice que vier a substituí-lo.

23.4. Em caso de alteração dos critérios de atualização monetária estabelecidos pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) em função de legislação superveniente, fica acordado que as condições previstas neste item serão imediatamente enquadradas às novas disposições.

23.5 Na hipótese de extinção do IPCA, será utilizado o IGPM e, na hipótese de extinção do IGPM, será utilizado o IPC/FIPE. Na hipótese de extinção do IPC/FIPE, será utilizado o índice previamente submetido à SUSEP e por ela autorizado.

24. PERDA DE DIREITOS

24.1. O segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando:

- a) deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;**
- b) agravar intencionalmente o risco segurado;**
- c) por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o segurado, seus propostos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e aos seus representante legal procurar obter benefícios do presente contrato;**
- d) fizer declarações inexatas, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:**

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível.

II – na hipótese de ocorrência de sinistro, sem indenização integral: 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 permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.

III - na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível;

e) deixar de comunicar imediatamente à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

Na hipótese de continuidade do contrato, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível;

f) deixar de participar o sinistro à seguradora, tão logo tome conhecimento, e não adotar as providências imediatas para minorar suas conseqüências;

g) o sinistro decorrer de dolo do segurado, má fé, fraude e/ou simulação.

25. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

25.1. São obrigações do estipulante:

a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;

b) manter a seguradora informada a respeito dos segurados, 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 contratualmente;

c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar o nome da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- h) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

25.2. É expressamente vedado ao estipulante e ao subestipulante, nos seguros contributários:

- a) cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;
- b) rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- d) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

26. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

26 - Beneficiários

A indicação de beneficiários é de livre escolha do Segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito e que deverá ser mantida em poder do Estipulante.

Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um.

Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o capital segurado ao antigo beneficiário designado.

Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.

Em caso de contratação das garantias suplementares de Inclusão Automática de Cônjuge e Inclusão Automática de Filhos, o beneficiário será sempre o segurado principal.

26.1 - Beneficiários em caso de Morte Acidental

Na garantia de Morte Acidental, a falta de indicação expressa de beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei, conforme estabelecido no Artigo 792 do Código Civil.

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

26.2 - Beneficiários em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas e Diárias por Internação Hospitalar

Nas garantias de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Acidente, Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas e Diárias por Internação Hospitalar, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com o item 26.1 desta cláusula beneficiária.

27. ALTERAÇÃO DA APÓLICE

27.1. Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo estipulante, ou por corretor de seguros habilitado, e receber concordância de ambas as partes contratantes.

27.2. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

27.3. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nestas condições gerais, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

28. COMUNICAÇÕES

28.1. As comunicações do segurado ou estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da seguradora ou via Central de Atendimento. As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na Apólice.

28.2. As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado ou estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do estipulante.

29. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

30. SOLUÇÃO AMIGÁVEL DE CONFLITOS

Para a solução amigável de eventuais conflitos relacionados a este contrato, o segurado poderá entrar em contato com a Prudential do Brasil Vida em Grupo por meio da Central de Atendimento: 0800 730 0011, de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 20h, exceto feriados. Dúvidas, sugestões e reclamações: fale com o seu corretor de seguros. Se preferir, ligue para o SAC da Prudential Vida em Grupo: 0800 730 0012, 24h. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, de posse do protocolo, contate a Ouvidoria Prudential Vida em Grupo: 0800 200 1020, de segunda-feira a sexta-feira, das 8h30 às 17h30, exceto feriados. Em caso de deficiência auditiva ou de fala: 0800 730 0013, todos os dias, 24h.

31. FORO

Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou conforme o caso, o do seu beneficiário, para dirimir eventuais questões oriundas do presente contrato de seguro. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL

1. O QUE ESTÁ COBERTO

A cobertura de Morte Acidental garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do segurado causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido exclusivamente nos veículos discriminados na apólice e no período de vigência do seguro e observadas as condições contratuais deste seguro.

Importante: Quando se tratar de segurado com idade inferior a 14 anos, a indenização será destinada, exclusivamente, ao reembolso das despesas com o funeral, que deverão ser comprovadas mediante apresentação de notas originais comprobatórias. Este reembolso será limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados no item “RISCOS EXCLUÍDOS”, constante das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, será necessário a apresentação dos seguintes documentos, além dos mencionados nas Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE MORTE ACIDENTAL DO SEGURADO:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Morte Acidental o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. O QUE ESTÁ COBERTO

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do seguro e em veículo discriminado na apólice, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas às condições contratuais deste seguro.

Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver 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(mandíbula)	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 membro 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(cúbitos)	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	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	

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
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 tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 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	06
* menos de 3 (três) centímetros:	sem indenização	

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

Nos casos não especificados no plano, 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 100% (cem por cento).

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

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.

O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

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

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e conseqüente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados no item “RISCOS EXCLUÍDOS”, constante das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, será necessário a apresentação dos seguintes documentos, além dos mencionados nas Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DO SEGURADO:

- Certidão de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o percentual de Invalidez Permanente;
- Radiografias e outros exames médicos que tenham sido realizados.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

GARANTIA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1. O QUE ESTÁ COBERTO

Esta cobertura garante ao segurado o reembolso de despesas médico-hospitalares efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e em veículo discriminado na apólice, limitado ao valor contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas as condições contratuais deste seguro.

A seguradora indenizará as despesas médicas, hospitalares e odontológicas incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do segurado, observados os seguintes critérios:

- a) Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares, desde que legalmente habilitados;
- b) A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item “RISCOS EXCLUÍDOS”, das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta garantia:

- a) **estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- b) **aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;**
- c) **cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- d) **procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, será necessário a apresentação dos seguintes documentos, além dos mencionados nas Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DO SEGURADO:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;

- Notas Fiscais originais;
- Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;
- Receita Médica.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta Garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

**SAC – Serviço de
Atendimento ao Cliente**

0800 730 0012
Atendimento 24 horas

0800 730 0013
Em caso de deficiência auditiva ou de fala
Atendimento 24 horas

Central de Atendimento

0800 730 0011
Segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, exceto
feriados. (Assistência Funeral – 24h)

(+55 11) 3627 9415
Atendimento no exterior
(Assistência Funeral – 24h)

**Ouvidoria Prudential
Vida em Grupo**

0800 200 1020
Segunda a sexta-feira,
das 8h30 às 17h30, exceto feriados.



Prudential