



**ACIDENTES
PESSOAIS DE
PASSAGEIROS**
CONDIÇÕES GERAIS



Sumário

1. Objetivo do seguro	3
2. Eventos cobertos	3
3. Coberturas	3
4. Riscos excluídos	4
5. Âmbito territorial da cobertura	5
6. Vigência do seguro	5
7. Contratação do seguro	6
8. Aceitação do seguro	6
9. Alteração da apólice	7
10. Renovação	7
11. Consequências de declarações incorretas	8
12. Capital segurado	9
13. Pagamento do prêmio	9
14. Recálculo e reavaliação do prêmio	11
15. Carência	11
16. Franquia	11
17. Cancelamento	11
18. Procedimento em caso de sinistro	12
19. Capital segurado – data do evento	15
20. Junta médica	15
21. Perícia da seguradora	16
22. Cláusula beneficiária	16
23. Atualização dos valores do seguro	16
24. Obrigações do estipulante	17
25. Comunicações	18
26. Foro	18
27. Disposições finais	18
28. Glossário de termos técnicos	19

Condições Gerais

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO – PASSAGEIROS

1. Objetivo do seguro

Este seguro tem por objetivo garantir a indenização para os segurados e/ou seus beneficiários na ocorrência de eventos previstos nas coberturas contratadas e relacionados exclusivamente aos segurados enquanto passageiros (transportados por veículos devidamente licenciados para o transporte de pessoas nas respectivas linhas ou trajetos do estipulante ou sob sua responsabilidade). Tais eventos abrangem os discriminados na apólice, **exceto se decorrentes de riscos excluídos**, respeitando-se os demais itens destas condições gerais.

Os produtos comercializados pela Prudential do Brasil Vida em Grupo S.A. são seguros de vida personalizados; sendo assim, tais produtos **não se caracterizam como plano de previdência privada, aposentadoria ou investimento e não têm como objetivo proporcionar ganhos financeiros ao segurado ou seu(s) beneficiário(s)**.

A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco pela seguradora.

2. Eventos cobertos

- 2.1. Para fins deste seguro, consideram-se eventos cobertos aqueles definidos nas condições especiais, que constituem parte integrante e inseparável destas condições contratuais.
- 2.2. Na hipótese de sinistro decorrente de risco simultaneamente amparado por várias coberturas, prevalecerá aquela que for mais favorável ao segurado e/ou aos beneficiários, a critério do indenizado, não sendo admitida a acumulação de coberturas e seus limites máximos contratados.

3. Coberturas

- 3.1. As coberturas deste seguro estão definidas nas condições especiais e dividem-se em coberturas básicas e adicionais, sendo necessária a contratação de, pelo menos, uma das coberturas básicas para a efetivação deste seguro e acesso à contratação das coberturas adicionais.

3.1.1. Básicas:

Morte Acidental

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

3.1.2. Adicionais:

Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas

Diária por Internação Hospitalar – Acidente

Diária por Incapacidade Temporária por Acidente

Auxílio Funeral – Morte Acidental

- 3.2. Mediante a contratação da cobertura básica e sujeito ao pagamento do prêmio correspondente, o estipulante poderá solicitar a inclusão das coberturas adicionais, obedecidas as conjugações permitidas pela seguradora.
- 3.3. O conjunto de coberturas contratadas será concedido para todo o grupo segurado de um mesmo plano.

4. Riscos excluídos

- 4.1. **Os eventos decorrentes das situações descritas a seguir estão excluídos da cobertura deste seguro, não cabendo ao(s) beneficiário(s) ou ao segurado, conforme o caso, o direito ao recebimento de qualquer pagamento e/ou devolução de valores, inclusive aqueles relativos a prêmios pagos pelo estipulante:**
- 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) **invasões, hostilidades, 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) **doenças, lesões e condições preexistentes e não decorrentes do evento coberto;**
 - d) **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;**
 - e) **atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoa jurídica, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes;**
 - f) **epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo, assim declarados por órgão competente;**
 - g) **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 prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - h) **tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
 - i) **ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;**

- j) **acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que manifestados durante a sua vigência;**
- k) **eventos que não se incluem no conceito de evento coberto, conforme definido nestas condições gerais;**
- l) **perda de dentes e danos estéticos.**

O beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme o art. 798 do Código Civil.

4.2. Além dos riscos mencionados no item 4.1, estão ainda expressamente excluídos da cobertura do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **quaisquer acidentes que ocorrerem aos segurados enquanto passageiros dos veículos se estes estiverem com lotação excedente à 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 devida a cada um dos segurados em virtude do evento coberto estará limitada ao valor total da indenização que seria devida considerando-se a máxima lotação do veículo informada pelo estipulante quando da contratação da/inclusão do veículo na apólice dividida pelo número total de segurados transportados na ocasião;**
- 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.**

5. Âmbito territorial da cobertura

5.1. O âmbito territorial das coberturas estará descrito nas condições especiais.

6. Vigência do seguro

6.1. O início e o término de vigência da cobertura do seguro serão fixados na apólice.

6.2. As apólices e os endossos/aditamentos terão seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das respectivas datas indicadas nesses documentos.

6.3. **Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.**

- 6.4. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou se dará em data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 6.5. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência da cobertura ocorrerá a partir da data de recepção da proposta pela seguradora.
- 6.6. A vigência do risco individual inicia-se no momento do ingresso do segurado no veículo.
- 6.7. O término da vigência do risco individual ocorrerá no momento da saída do segurado do interior do veículo ou na ocorrência de um sinistro previsto na apólice.

7. Contratação do seguro

- 7.1. A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo estipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.
- 7.2. A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo estipulante na proposta. Essas declarações determinarão a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.
- 7.3. **Se for constatado que o grupo segurado difere daquele que serviu de base para o cálculo atuarial, a seguradora se reserva o direito de recalculas as taxas do prêmio. Na hipótese de o estipulante não aceitar as novas taxas propostas, a apólice será cancelada pela seguradora.**
- 7.4. **Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na proposta, o estipulante deverá solicitar à seguradora, por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data da sua emissão, que sejam corrigidas as divergências existentes. Decorrido esse prazo, será considerada válida a redação disposta na apólice.**

8. Aceitação do seguro

- 8.1. A adesão à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, pelo estipulante, de proposta de adesão, e desta constará cláusula na qual declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.
- 8.2. A seguradora fornecerá ao estipulante, obrigatoriamente, o protocolo identificando a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e da hora de seu recebimento.
- 8.3. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a proposta, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.
- 8.4. A seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
 - 8.4.1. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, sendo 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. Neste caso, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

- 8.5. Em caso de segurados menores de 14 (catorze) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas com o funeral.
- 8.6. É obrigação do estipulante informar a seguradora de todos os veículos que serão incluídos na apólice, bem como suas características de acordo com essas condições gerais.
- 8.7. 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.
 - 8.7.1. A responsabilidade da seguradora terá início no dia seguinte ao da data do recebimento do pedido de inclusão ou substituição do veículo formulado, por escrito, pelo estipulante.
 - 8.7.2. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, sendo 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. Nesse caso, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

9. Alteração da apólice

- 9.1. Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo estipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e receber concordância de ambas as partes contratantes, conforme o caso.
- 9.2. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor, inclusive alteração de taxas de seguro, deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do estipulante, ratificada pelo correspondente endosso.
- 9.3. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nesta cláusula e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida na apólice.

10. Renovação

- 10.1. **Este seguro é válido por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice de seguro na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice do seguro.**
- 10.2. **A renovação automática do seguro só poderá ocorrer uma única vez, e as renovações posteriores devem ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.**

10.2.1. **A renovação automática não se aplica aos estipulantes que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias antes do final da vigência da apólice.**

10.3. Na renovação, será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo ser gerada reavaliação das taxas incidentes.

10.4. **Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, irá comunicar ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias antes do final da vigência da apólice.**

11. Consequências de declarações incorretas

11.1. **Se o estipulante, seu representante 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.**

11.1.1. **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:**

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

II. **na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial da indenização:**

- 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;**
- b) **mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao(s) beneficiário(s), ou ainda restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**

III. **na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado:**

Cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

11.2. **Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, independentemente de notificação ou interpelação judicial, o segurado e seu(s) beneficiário(s) perderão o direito às coberturas do seguro contratado, ficando este anulado, sem que caibam quaisquer valores à parte infratora, nas seguintes situações:**

- a) se o estipulante deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste plano de seguro;
- b) 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 prepostos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e seu representante legal procurarem obter benefícios do presente contrato;
- c) se o estipulante deixar de comunicar o sinistro à seguradora, tão logo tome conhecimento deste, e não adotar as providências imediatas para minorar suas consequências;
- d) se o sinistro decorrer de dolo do segurado, má-fé, fraude e/ou simulação.

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

11.4. O segurado e o estipulante estão obrigados a comunicar à seguradora, logo que saibam, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perderem o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciaram de má-fé.

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

11.4.2. 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.

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

12. Capital segurado

12.1. O capital segurado representa o valor máximo para a cobertura contratada e vigente na data do evento, a ser pago pela seguradora ao passageiro ou seu beneficiário, a título de indenização, no caso de ocorrência de sinistro coberto.

12.2. O capital segurado contratado para cada cobertura e por segurado constará da apólice de 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.

12.3. 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 segurados acidentados ou aos seus beneficiários.

13. Pagamento do prêmio

13.1. O custeio desse produto será exclusivamente não contributivo.

13.2. Para garantir o direito à cobertura dos segurados, o estipulante deverá efetuar o pagamento ou repasse do prêmio até a data de vencimento.

13.3. 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 no contrato de seguro. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

% do prêmio anual	Prazo	% do prêmio anual	Prazo	% do prêmio anual	Prazo
13	15 dias	56	135 dias	83	255 dias
20	30 dias	60	150 dias	85	270 dias
27	45 dias	66	165 dias	88	285 dias
30	60 dias	70	180 dias	90	300 dias
37	75 dias	73	195 dias	93	315 dias
40	90 dias	75	210 dias	95	330 dias
46	105 dias	78	225 dias	98	345 dias
50	120 dias	80	240 dias	100	365 dias

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

13.4. 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 coberturas.

13.5. Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo prêmio, este poderá ser pago até o 59º (quinquagésimo nono) dia posterior ao vencimento da parcela em atraso, e será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido, com multa aplicada de uma só vez de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso.

13.5.1. Além da multa anteriormente citada, acrescentar-se-á ao valor do prêmio a atualização monetária, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, desde a data do vencimento da parcela em atraso até a data de seu efetivo pagamento, acrescida de juros de mora fixados em 1% a.m. (um por cento ao mês), em base *pro rata temporis*.

13.6. **Decorrido o prazo definido conforme o item 13.5, 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 do segurado, deverá ser contratado um novo seguro, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento.

13.7. Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela não quita o débito, se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

13.8. 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 de seguro, 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.

- 13.9. O estipulante obriga-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.
- 13.10. De acordo com as características do seguro, não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao estipulante.
- 13.11. Em casos de cessação de cobertura a pedido do estipulante ou com a sua anuência, em que já tenha havido pagamento integral do prêmio, os valores pagos serão devolvidos devidamente atualizados segundo a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando em base *pro rata temporis* o período em que tiver vigorado a cobertura.
- 13.12. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos à atualização monetária a partir da data de recebimento até a data de devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE.

14. Recálculo e reavaliação do prêmio

14.1. Recálculo:

O prêmio poderá ser recalculado anualmente em função das alterações ocorridas no grupo segurado naquele período. A seguradora reserva-se o direito de recalcular e alterar o prêmio mensal antes da data prevista, com prévio aviso ao estipulante.

14.2. Reavaliação:

As características do seguro como prêmios, coberturas e limites serão reavaliadas anualmente, tomando-se como base a experiência no período anterior, para manter o equilíbrio técnico-atuarial da apólice. Quando houver necessidade de alteração do prêmio, isso será feito em comum acordo entre as partes. Caso haja reavaliação das taxas, ela deverá ser realizada por endosso à apólice.

15. Carência

- 15.1. Não haverá carência para as coberturas deste seguro.

16. Franquia

- 16.1. Para as coberturas de Diária de Incapacidade Temporária (DIT) e Diária por Internação Hospitalar (DIH), haverá franquia de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data de ocorrência do evento.

17. Cancelamento

17.1. Cancelamento da apólice:

A apólice mencionada nestas condições contratuais poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias e acordo entre as partes, respeitado o período de

vigência correspondente ao prêmio pago pelo estipulante, e com anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Neste caso, a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, em base *pro rata temporis*. Quando houver devolução de prêmio, este será corrigido pelo índice IPCA/IBGE a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se a mesma ocorrer por iniciativa do segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento, se a mesma ocorrer por iniciativa da seguradora.

Na falta de pagamento do prêmio, conforme o item 13.5 destas condições gerais, a apólice será cancelada automaticamente pela seguradora.

17.2. Cancelamento de cobertura:

O seguro será cancelado e as coberturas cessarão imediatamente:

- a) no final do prazo de vigência da apólice coletiva, se esta não for renovada, caso em que não haverá restituição dos prêmios pagos;
- b) em caso de pagamento parcial do prêmio, respeitado o período correspondente ao prêmio pago;
- c) em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas em suas condições;
- d) quando o estipulante, mediante solicitação por escrito à seguradora, requerer o cancelamento do seguro.

17.3. Cessaçã da cobertura:

A cobertura de cada segurado cessa:

- a) quando o estipulante, mediante solicitação por escrito à seguradora, requerer a exclusão de veículo da apólice, caso em que a cobertura cessa com relação especificamente aos segurados daquele veículo;
- b) quando o segurado desembarcar do veículo sem que tenha sido verificado um evento coberto;
- c) com a transferência de posse do veículo indicado na apólice pelo estipulante para terceiro;
- d) no último dia do mês que se seguir à data do pedido de cancelamento da cobertura, qualquer que seja ela, por escrito, por parte do estipulante.

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

18. Procedimento em caso de sinistro

- 18.1. Ocorrendo um evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo estipulante, segurado, beneficiário ou seu representante, mencionando qual o veículo envolvido no sinistro, conforme especificado na apólice.

18.2. Quando previsto o pagamento da indenização de um evento coberto por este seguro, a ocorrência do sinistro bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas deverão ser satisfatoriamente comprovadas.

18.2.1. A indenização será realizada sob a forma de parcela única.

18.3. **O estipulante fará com que o segurado, por ocasião do evento coberto, recorra imediatamente, às suas custas, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.**

18.4. Os documentos básicos a seguir relacionados serão necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

- a) **Segurado:** formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante; cópia autenticada da carteira de identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF, cópia da certidão de casamento atualizada e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo).
 - b) **Beneficiário(s):** formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante; cópia autenticada da carteira de identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF, inclusive para menores de 14 (catorze) anos, cópia da certidão de casamento atualizada em caso de cônjuge, certidão de nascimento em caso de filhos, documentos que comprovem a união estável em caso de companheiro(a) e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo).
1. Segurados ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesesseis) 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.

Para pessoas com idade inferior a 18 (dezoito) anos sem pai e mãe, a indenização será paga conforme o estabelecido na legislação vigente.

2. Segurados ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) 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.

O pagamento da indenização ocorrerá de acordo com a legislação em vigor. Nesta situação, além dos documentos indicados acima, enviar declaração de herdeiros conforme modelo fornecido pela seguradora.

c) **Do veículo envolvido no sinistro:**

- ▶ 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 coberturas contratadas.

- 18.5. No caso de o estipulante, amigavelmente ou cumprindo sentença judicial, indenizar segurados em importâncias superiores aos limites individuais estabelecidos na apólice, a seguradora responderá somente até os limites máximos fixados na apólice, ficando o excedente sob exclusiva responsabilidade do estipulante.**
- 18.6. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e obtenção dos documentos necessários correrão por conta do(s) solicitante(s), salvo as diretamente realizadas pela seguradora.**
- 18.7. A seguradora está autorizada, em caso de dúvida fundada e justificável, a tomar todas as providências necessárias à plena elucidação dos fatos. 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.**
- 18.8. Todos os pagamentos de indenizações referentes a este seguro serão efetuados no Brasil e em moeda corrente nacional.**
- 18.9. 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 forem completamente atendidas as exigências.
- 18.10. O não pagamento da indenização no prazo estabelecido neste produto implicará a aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.
- 18.10.1. Qualquer pagamento de indenização feito após o prazo descrito no item 18.9 será efetuado no valor da indenização acrescido de multa total de 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez.
- 18.11. Além da multa anteriormente citada, acrescentar-se-á ao valor da indenização a atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE acumulada desde a data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, acrescida de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, em base *pro rata temporis*.
- 18.11.1. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele índice publicado imediatamente antes da data de sua efetiva liquidação.
- 18.12. O pagamento de valores relativos a atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 18.13. No caso de segurados menores de idade, a indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial será paga conforme o disposto a seguir:

- a) para segurados com idade inferior a 16 (dezesseis) 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 (dezesseis) e inferior a 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.

18.14. 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 no item 22 destas condições gerais. 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 cobertura de Morte, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente Total.

18.15. O pagamento de valores relativos a atualização monetária e juros moratórios será feita independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

18.16. Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da seguradora.

18.16.1. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

19. Capital segurado – data do evento

19.1. A data do evento das coberturas estará definida nas respectivas condições especiais deste seguro.

20. Junta médica

20.1. Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

20.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

20.3. 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.

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

- 20.5. Em caso de impossibilidade de 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.
- 20.6. 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.
- 20.7. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente, devendo ser comprovada através de declaração médica.
- 20.8. Não serão aceitos como peritos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, seus parentes consanguíneos ou afins, ainda que habilitados a exercer a prática da medicina.

21. Perícia da seguradora

- 21.1. 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.
- 21.2. No caso de incapacidade, o estipulante fará com que o segurado autorize 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 a 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.
- 21.3. **Comprovado qualquer tipo de fraude, inclusive à perícia da seguradora, 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. Cláusula beneficiária

- 22.1. Serão beneficiários os herdeiros legais do segurado em caso de morte do segurado decorrente de evento coberto.
- 22.2. **Os demais beneficiários estipulados para as demais coberturas estarão definidos nas condições especiais deste seguro.**

23. Atualização dos valores do seguro

- 23.1. Os capitais segurados e os prêmios poderão ser atualizados anualmente, no aniversário do contrato de seguro, com base na variação acumulada do IPCA/IBGE durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização.
- 23.2. Para os seguros de prazo igual ou inferior a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.

23.3. Para a hipótese de não ser possível seguir qualquer um dos procedimentos de atualização monetária previstos nestas condições gerais, em virtude da edição de lei ou medida governamental na área da economia que proíba ou altere os critérios de atualização monetária, o responsável pelo pagamento, o segurado, o(s) beneficiário(s), conforme o caso, e a seguradora ajustam as seguintes disposições, a serem adotadas com vistas a preservar o equilíbrio atuarial do seguro:

- a) se houver extinção do IPCA/IBGE, 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;
- b) cessará imediatamente a atualização monetária de todos os valores inerentes a este seguro, caso essa atualização venha a ser vedada;
- c) se houver proibição da utilização de indexadores, a atualização monetária prevista nesta cláusula será ajustada ao que a respeito deliberar o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente para dispor sobre a matéria.

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.

24. Obrigações do estipulante

São obrigações do estipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a seguradora informada a respeito dos seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) pagar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- e) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- f) discriminar o nome da seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- g) comunicar, de imediato, à seguradora a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- h) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

- i) comunicar, de imediato, à Susep quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- j) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- k) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

25. Comunicações

- 25.1. As comunicações do segurado ou estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas na seguradora, podendo ser recepcionadas por meio eletrônico. As comunicações da seguradora são consideradas válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na apólice de seguro.
- 25.2. 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 segurado ou estipulante.

26. Foro

- 26.1. Será competente para dirimir quaisquer pendências ou dúvidas decorrentes da execução deste seguro o foro do domicílio do segurado ou do(s) beneficiário(s), conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto anteriormente.

27. Disposições finais

- 27.1. O estipulante deverá informar imediatamente à seguradora qualquer mudança de endereço ou alteração nos dados de conta bancária ou cartão de crédito para cobrança de prêmios.
- 27.2. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.
- 27.3. Os tributos incidirão e serão recolhidos conforme legislação em vigor.
- 27.4. As condições contratuais deste seguro encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.
- 27.5. O registro deste plano na Susep não implica, por parte dessa autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 27.6. O segurado poderá consultar a situação cadastral da sua corretora de seguros/corretor no site www.susep.gov.br por meio do número do registro na Susep, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 27.7. Qualquer pagamento ou devolução de valores realizados pela seguradora serão feitos através de crédito em conta bancária ou ordem de pagamento, sempre do titular do direito de seu recebimento, de acordo com os termos deste seguro.

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

28. Glossário de termos técnicos

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nas condições contratuais, incluímos uma relação em ordem alfabética, com os principais termos técnicos empregados nas condições contratuais.

ACIDENTE PESSOAL: o acontecimento, 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 a 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 evento coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestro;
- 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 evento coberto;**
- b.2) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de evento coberto;**
- b.3) **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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- b.4) **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: são os herdeiros legais do segurado ou o tomador da despesa nas hipóteses discriminadas na apólice.

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. Este período não poderá ser superior a 2 (dois) anos, bem como não poderá exceder metade da vigência do seguro.

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

DOLO/ATO DOLOSO: é um ato consciente através do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, com a finalidade de obter um resultado criminoso.

ESTIPULANTE: é a pessoa física ou jurídica que contrata a apólice coletiva de seguro, 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 físicas ou jurídicas que, tendo a propriedade ou posse legítima dos veículos, utilizem-nos no transporte de passageiros.

EVENTO COBERTO: é o acidente pessoal ocorrido com o segurado após o embarque no veículo e antes de seu desembarque, decorrente de acidente/colisão automobilística ocorrido durante a vigência da apólice, coberto nos termos destas condições contratuais.

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.

GRUPO SEGURADO: é o grupo constituído por todos os passageiros de veículo registrado em nome do contratante do seguro, desde que limitado ao número de passageiros definidos na lotação oficial autorizada do veículo, de acordo com os regulamentos e atos baixados pelas autoridades competentes.

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 convalescença 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 da apólice 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: a capacidade máxima do veículo de acordo com o documento expedido pelo órgão regulamentador.

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 consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

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

PRESCRIÇÃO: extingue o direito de uma pessoa a exigir de outra uma prestação (ação ou omissão), ou seja, provoca a extinção da pretensão quando não exercida no prazo definido por lei.

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

PROPOSTA: é o documento mediante o qual o estipulante expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as coberturas e capitais segurados propostos e manifestando pleno conhecimento e concordância com os termos estabelecidos nestas condições contratuais.

PRO RATA TEMPORIS: é um método de se calcular o prêmio de seguro com base nos dias de vigência do contrato, quando este for realizado por período inferior a 1 (um) ano e sempre que não cabível o cálculo do prêmio a prazo curto.

RISCOS EXCLUÍDOS: são os riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais que não são cobertos pelo seguro.

SEGURADO: é toda pessoa que estiver sendo transportada pelo estipulante no(s) veículo(s), inclusive o motorista, cujo interesse segurável está coberto nos termos da apólice.

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

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

SINISTRO: é a ocorrência de 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), de propriedade do estipulante e indicado na apólice, devidamente licenciado para o transporte de pessoas, limitado ao número da lotação oficial, de lugares sentados e em pé (em caso de transporte urbano ou interurbano), desde que respeitando a capacidade oficial do órgão regulamentador.

VIGÊNCIA: período pelo qual está contratado o seguro.

Condições Especiais da Cobertura Básica

MORTE ACIDENTAL (MA)

Sumário

1. Definições	23
2. Cobertura	23
3. Riscos excluídos	24
4. Âmbito territorial da cobertura	24
5. Capital segurado	24
6. Cessação da cobertura	25
7. Solicitação de indenização	25
8. Beneficiários	25
9. Disposições gerais	25

Condições Especiais da Cobertura Básica

MORTE ACIDENTAL (MA)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo – Passageiros, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo – Passageiros.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura básica e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado de Morte Acidental, em caso de morte do segurado decorrente de acidente pessoal coberto, ocorrido exclusivamente com os veículos segurados durante o período de vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos das condições especiais, condições gerais e do contrato de seguro.
- 2.2. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se somente ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios.

2.2.1 Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com:

- a) sepultamento ou cremação;
- b) aquisição ou locação de jazigo por até 3 (três) anos;
- c) passagem aérea, em classe econômica, para 1 (um) membro da família;
- d) urna para o sepultamento;
- e) coroa de flores;
- f) traslado do corpo, exclusivamente no Brasil;
- g) ornamentação de urna;
- h) velório e paramentos (castiçais e velas que acompanham a urna);
- i) mesa de condolências;
- j) registro de óbito;

- k) carro funerário;
- l) veículo de aluguel com motorista;
- m) assessoria para formalidades administrativas.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas, a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**

- a) acidente vascular cerebral;
- b) doenças, quaisquer que sejam as causas, inclusive as profissionais, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível.

Estão, ainda, expressamente excluídos da cobertura, os acidentes ocorridos em consequência de:

- a) participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo em prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;
- b) competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos;
- c) direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;
- d) lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões desta apólice de seguro.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará das condições contratuais deste seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que deu causa à morte do segurado.

6. Cessação da cobertura

Além das hipóteses previstas no disposto no item 17 das condições gerais, a cobertura do risco, a que se referem estas condições, cessa, ainda:

- a) com o cancelamento da apólice (exceto para os segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e venham a falecer em decorrência do evento coberto em momento posterior).

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante, pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3. destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 18.4 das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. **Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para a análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:**
 - a) certidão de óbito;
 - b) cópia do boletim de ocorrência policial completo, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
 - c) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito;
 - d) cópia do laudo de necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal – IML;
 - e) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.
- 7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. **Os beneficiários estão em conformidade com a cláusula beneficiária, item 22 das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo – Passageiros.**

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo – Passageiros que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Básica

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

Sumário

1. Definições	27
2. Cobertura	27
3. Riscos excluídos	30
4. Âmbito territorial da cobertura	30
5. Capital segurado	30
6. Cessação da cobertura	30
7. Solicitação de indenização	30
8. Beneficiários	31
9. Disposições gerais	31

Condições Especiais da Cobertura Básica

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo – Passageiros, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo – Passageiros.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura básica e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento de indenização até o valor do capital segurado individual contratado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro e que resulte em invalidez permanente total ou parcial do segurado, comprovada por meio de declaração médica. Deverão ser observados os riscos excluídos, demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do contrato de seguro.

Após a 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 procederá à indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir:

Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Parcial – diversos	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50

Invalidez permanente	Evento	% sobre a importância segurada
Parcial – diversos	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial – membros superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	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	Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo
Parcial – membros inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um dos quadris	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	Indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo

Invalidez permanente	Evento	% sobre a importância segurada
	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

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação da percentagem prevista no plano para sua perda total e 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 na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder o percentual da indenização previsto para a perda total deste membro ou órgão.

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 a 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 Acidental.

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora. Não será aceita a aposentadoria por invalidez concedida por instituição oficial de previdência ou assemelhados como caracterização por si só do estado de invalidez permanente.

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

Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor a constituição de uma junta médica, nos termos da cláusula 20 (Junta médica) das condições gerais da apólice.

O pagamento da indenização somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas, a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4 (Riscos excluídos) das condições gerais, estão excluídas desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir:**

a) a perda de dentes e os danos estéticos;

b) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de evento coberto definido nestas condições contratuais.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura será válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará da apólice.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que provocou a invalidez permanente do segurado.

6. Cessaçã de cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas no disposto no item 17 das condições gerais, a cobertura do risco, a que se referem estas condições, cessa, ainda:

a) com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e venham a ficar permanente inválidos, como consequência direta do acidente coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta cobertura adicional.

7. Solicitação da indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante, pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 18.4 das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para a análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

- a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado; na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado, que ateste o percentual de invalidez permanente;
- b) cópia do boletim hospitalar referente ao primeiro atendimento (data do acidente);
- c) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que tenham fotos ou raio x, que serão posteriormente devolvidos;
- d) cópia do boletim de ocorrência policial completo, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- e) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado e/ou seu representante legal.

7.4. A indenização será paga ao próprio segurado e/ou seu representante de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a cláusula beneficiária, item 22.1.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo – Passageiros que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

Sumário

1. Definições	33
2. Cobertura	33
3. Riscos excluídos	33
4. Âmbito territorial da cobertura	34
5. Capital segurado	34
6. Cessação da cobertura	34
7. Solicitação de indenização	34
8. Beneficiários	35
9. Disposições gerais	35

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo – Passageiros, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo – Passageiros.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao segurado o reembolso das despesas médicas-hospitalares e odontológicas, até o limite do capital segurado individual contratado para esta cobertura, efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto. Esse evento deverá ter ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e em veículo coberto, conforme discriminado na apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos da apólice.
- 2.2. 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 e odontológicos, 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.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas, a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4 (Riscos excluídos) das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**
 - 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) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e com cirrose hepática;
- d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia.
- f) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento delas, ou de seus sintomas e sinais ou, ainda, das complicações crônicas ou degenerativas delas consequentes;
- g) luxações recidivas de qualquer articulação;
- h) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será válida somente para as despesas em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará da apólice.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do início do tratamento médico.

6. Cessaç o da cobertura

- 6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto no item 17 das condi es gerais.

7. Solicita o de indeniza o

- 7.1. Para solicita o da indeniza o, a seguradora dever  ser acionada pelo estipulante, pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formul rio apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3. destas condi es especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indeniza o decorrente da presente cobertura ser  efetuado em at  30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 18.4 das condi es gerais e demais disposi es do seguro.
- 7.3. Sem preju zo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necess rios para a an lise e liquida o de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, dever o ser encaminhados   seguradora, que poder  solicitar fotoc pia autenticada:

- a) declaração da entidade hospitalar em que constem: nome do segurado, data da internação e da alta médica, se for o caso, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- b) relatório médico detalhado; na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
- c) notas fiscais originais; recibos e outros comprovantes de despesas médicas, hospitalares ou odontológicas;
- d) resultado dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias etc. – laudos e imagens);
- e) receita médica;
- f) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

A indenização será paga ao tomador das despesas de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Para efeito deste seguro, terá direito ao recebimento dos valores desta cobertura o tomador das despesas, ou seja, a pessoa física ou jurídica que tenha despendido valores para o pagamento de despesas do segurado com internação hospitalar, contanto que sejam apresentados os comprovantes de pagamento originais referentes a tais despesas.
- 8.2. Uma pessoa jurídica só poderá receber os valores previstos nesta cobertura se comprovado o seu legítimo interesse para o recebimento dessa indenização.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo – Passageiros que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

Sumário

1. Definições	37
2. Cobertura	37
3. Riscos excluídos	37
4. Âmbito territorial da cobertura	38
5. Capital segurado	38
6. Cessação da cobertura	38
7. Solicitação de indenização	38
8. Beneficiários	39
9. Disposições gerais	39

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo – Passageiros, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo – Passageiros, além dos termos a seguir:

Diária por Internação Hospitalar: é o valor escolhido pelo segurado e definido na apólice, indenizável em caso de ocorrência comprovada de sinistro decorrente de evento coberto.

Internação Hospitalar: é a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao segurado o pagamento do valor contratado proporcional ao período de internação e definido na apólice para esta cobertura, por dia de internação hospitalar, causada por acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos, o período de franquia e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e das condições contratuais deste seguro.
- 2.2. A indenização a que o segurado terá direito corresponderá ao número de diárias definidas na apólice, limitado a 90 (noventa) diárias durante o período de vigência anual do seguro.
- 2.3. A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no contrato do seguro.
- 2.4. **O limite de diárias e o período de carência/franquia, que não poderá ultrapassar 15 (quinze) dias contados da data do evento, estabelecidos para esta cobertura serão fixados nas especificações da apólice.**

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas, a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4 (Riscos excluídos) das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) hospitalizações para implantação de aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e com cirrose hepática;
- d) hospitalizações para proceder à realização de cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A cobertura é válida somente para a internação em território brasileiro, porém o evento causador do acidente pessoal coberto poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas, e constará da apólice.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da internação hospitalar.

6. Cessaçã da cobertura

- 6.1. Além das hipóteses previstas na cláusula 17 das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:
 - a) quando o segurado obtiver alta médica;
 - b) forem pagas todas as diárias contratadas para a hipótese de internação.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo tomador das despesas ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3. destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 18.4 das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para a análise e liquidação de sinistros cobertos por este

seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

- a) formulário de relatório médico; na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
- b) declaração de entidade hospitalar em que constem: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas;
- c) relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
- d) cópia autenticada do boletim de ocorrência policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- e) notas fiscais originais e/ou autenticadas, referentes às despesas com a internação;
- f) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado ou pelo tomador das despesas.

7.4. A indenização será paga ao tomador das despesas de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Para efeito deste seguro, terá direito ao recebimento dos valores desta cobertura o tomador das despesas, ou seja, a pessoa física ou jurídica que tenha despendido valores para o pagamento de despesas do segurado com internação hospitalar, contanto que sejam apresentados os comprovantes de pagamento originais referentes a tais despesas.
- 8.2. Uma pessoa jurídica só poderá receber os valores previstos nesta cobertura se comprovado o seu legítimo interesse para o recebimento desta indenização.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo – Passageiros que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT ACIDENTE)

Sumário

1. Definições	41
2. Cobertura	41
3. Riscos excluídos	42
4. Âmbito territorial da cobertura	43
5. Capital segurado	43
6. Cessação da cobertura	43
7. Solicitação de indenização	43
8. Beneficiários	44
9. Disposições gerais	44

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT ACIDENTE)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo – Passageiros, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo – Passageiros, além dos termos a seguir:

Diária por Incapacidade Temporária: é o valor correspondente às diárias e definido na apólice, indenizável em caso de ocorrência comprovada de incapacidade temporária do segurado decorrente de acidente pessoal coberto.

Incapacidade Temporária: é o afastamento do segurado de suas atividades relativas à sua profissão ou ocupação por incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto e comprovada por determinação médica.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento das diárias, durante o período em que o segurado ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o transporte do passageiro. Deverão ser observados os riscos excluídos, o período de franquia e demais termos destas condições especiais e das condições gerais.
- 2.2. A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite contratual máximo, que não será superior a 15 (quinze) dias, por evento fixado nas condições gerais e especiais.
- 2.3. **O limite de diárias, o período de carência e a franquia estabelecidos para esta cobertura serão fixados no contrato do seguro.**
- 2.4. Para cálculo do valor da Diária de Incapacidade Temporária na modalidade de recomposição salarial, a indenização a ser calculada será o resultado da diferença entre o salário líquido de IRRF e valor recebido pelo INSS, dividido por 30. Esta cobertura estará limitada a 100% (cem por cento) da renda média mensal do segurado (líquida de IRRF) dividida por 30 (trinta).
- 2.5. Para as apólices com DIT fixa, a indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da Diária por Incapacidade Temporária, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, deduzindo-se o período de franquia.

- 2.6. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela seguradora pela análise dos documentos apresentados no aviso do sinistro, podendo ser solicitadas documentação complementar e perícia médica da seguradora.
- 2.7. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias máximas contratadas.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas, a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4 (Riscos excluídos) das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:
 - a) qualquer acidente que impossibilite o segurado de exercer sua profissão ou ocupação por um período inferior ao estipulado como franquia nas especificações e condições da apólice;
 - b) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
 - c) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
 - d) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e com cirrose hepática;
 - e) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - f) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
 - g) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;
 - h) infecções oportunistas e consequentes;
 - i) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou, ainda, das complicações crônicas ou degenerativas delas consequentes;
 - j) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
 - k) luxações recidivantes ou instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

- l) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como: fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas (quando estas não forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal e protusões) e protusões discais degenerativas;
- m) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- n) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais;
- o) epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;
- p) tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A cobertura é válida somente para o diagnóstico da incapacidade em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.
- 4.2. O segurado deve exercer suas atividades laborativas em território nacional.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará da apólice de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que gerou a incapacidade temporária por acidente pessoal coberto.

6. Cessaçã o da cobertura

- 6.1. Além das hipóteses previstas na cláusula 17 das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:
 - a) quando o segurado obtiver alta médica;
 - b) forem pagas todas as diárias contratadas para a hipótese de afastamento;
 - c) se, durante o período de pagamento das diárias, a seguradora reconhecer a Invalidez Permanente Total do segurado.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante, pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3. destas condições especiais.

- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 18.4 das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para a análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) formulário de relatório médico; na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) cópia autenticada do boletim de ocorrência policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
 - c) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão ou doença que ocasionou o afastamento das atividades profissionais. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que tenham fotos ou raio x, que serão posteriormente devolvidos;
 - d) atestado médico original comprovando o afastamento profissional;
 - e) cópia da comunicação de decisão do INSS do afastamento, na qual conste o período de afastamento;
 - f) requerimento de benefício por incapacidade no qual conste a data do último dia de trabalho;
 - g) carta de concessão do benefício emitida pelo INSS;
 - h) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 22. Beneficiários, das condições gerais do seguro de acidentes pessoais coletivo passageiros.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo – Passageiros que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

AUXÍLIO FUNERAL (AF)

Sumário

1. Definições	46
2. Cobertura	46
3. Riscos excluídos	47
4. Âmbito territorial da cobertura	47
5. Capital segurado	47
6. Cessação da cobertura	47
7. Solicitação de indenização	47
8. Pagamento de indenização	48
9. Disposições gerais	48

Condições Especiais da Cobertura Adicional

AUXÍLIO FUNERAL (AF)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo – Passageiros, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo – Passageiros.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento do capital segurado contratado para suporte nas despesas com funeral, até o limite do capital segurado contratado para esta cobertura e mediante a apresentação das notas fiscais originais das despesas com o funeral, no caso de morte do segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto. Incluem-se entre as despesas com funeral:

- a) sepultamento ou cremação;
- b) aquisição ou locação de jazigo por até 3 (três) anos;
- c) passagem aérea, em classe econômica, para 1 (um) membro da família;
- d) urna para o sepultamento;
- e) coroa de flores;
- f) traslado do corpo, exclusivamente no Brasil;
- g) ornamentação de urna;
- h) velório e paramentos (castiçais e velas que acompanham a urna);
- i) mesa de condolências;
- j) registro de óbito;
- k) carro funerário;
- l) veículo de aluguel com motorista;
- m) assessoria para formalidades administrativas.

Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

- 2.2. A seguradora indenizará as despesas com o funeral do segurado, observados os seguintes critérios:
- a) cabe aos beneficiários a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados;
 - b) a comprovação das despesas com o funeral do segurado deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas, a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4 (Riscos excluídos) das condições gerais deste seguro, ficando o tomador das despesas sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará da apólice.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do óbito do segurado.

6. Cessaçã da cobertura

- 6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto no item 17 das condições gerais.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante, pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3. destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 18.4 das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Os documentos básicos a seguir relacionados podem ser necessários para a análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

- a) cópia autenticada da certidão de óbito;
- b) notas fiscais originais dos serviços e recibos das despesas do funeral;
- c) documentos do tomador das despesas – entende-se por tomador das despesas o responsável pelo pagamento das despesas do funeral, comprovadas por meio das notas fiscais;
- d) boletim de ocorrência policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- e) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

A indenização será paga ao tomador das despesas de forma única e integral.

8. Pagamento de indenização

- 8.1. Para fins desta cobertura, fará jus ao recebimento dos valores desta cobertura qualquer pessoa física ou jurídica que tenha despendido valores para o pagamento de despesas funerárias do segurado, contanto que sejam apresentados os comprovantes de pagamento originais referentes a tais despesas.
- 8.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser intitulada ao recebimento de indenização por essa cobertura no âmbito da apólice se comprovado o legítimo interesse para que ela figure nessa condição.
- 8.3. Esta cobertura não é cumulativa com qualquer outra assistência prestada com relação a esse mesmo objeto, independentemente de ter sido ou não contratada juntamente com esta apólice, de sorte que, em caso de ocorrência de fato coberto por esta apólice e ensejador do acionamento simultâneo da presente cobertura e de eventual assistência funeral, serão reembolsados apenas os valores efetivamente despendidos pelo tomador das despesas e não aqueles de responsabilidade da empresa de assistência, se houver.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo – Passageiros que não foram alteradas por estas condições especiais.

**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) 4133 6910
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