

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

Processo Susep 15414.604955/2020-06

Versão 001/2020

Estas Condições aplicam-se a todas as Garantias contratadas pelo Segurado, descritas na Apólice de Seguro.

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

A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

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

As condições contratuais deste produto protocolizadas pela sociedade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de Processo Susep constante na Apólice de Seguro.

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

RECOMENDAMOS A LEITURA ATENTA DESTA CONDIÇÃO GERAL, ESPECIALMENTE NO QUE SE REFERE A RISCOS EXCLUÍDOS DO SEGURO.

Outras informações através do SAC 0800-774-2532 | Ouvidoria 0800-774-2352 – e-mail: ouvidoria@alfaseg.com.br. Para uso exclusivo de deficientes auditivos: SAC 0800-770-5244 | Ouvidoria: 0800-770-5140.

CONDIÇÃO GERAL SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

OUVIDORIA

É um canal independente de comunicação, criado para auxiliar os clientes na solução de eventuais divergências sobre o contrato de seguro, podendo ser usado depois de esgotados os canais regulares de atendimento, tais como SAC (Serviço de Atendimento a Clientes) e departamentos envolvidos.

OBJETIVOS DA OUVIDORIA

As empresas Alfa Seguradora S.A. – CNPJ 02.713.529/0001-88 – Código SUSEP 0646-7 e Alfa Previdência e Vida S.A. – CNPJ 02.713.530/0001-02 – Código SUSEP 0289-5 instituíram a figura do Ouvidor com os seguintes objetivos:

- Receber os recursos dos clientes;
- Informar sobre o encaminhamento e andamento dado à sua solicitação;
- Apreciar e resolver os eventuais conflitos de interesse que surjam na execução dos respectivos contratos de seguros ou previdência privada, protegendo seus direitos e garantindo a equidade de suas relações com nossas empresas;
- Conhecer as opiniões, os anseios, insatisfações e elogios dos clientes.

QUEM PODE RECORRER

Os segurados, beneficiários, terceiros, corretores em nome de clientes, estipulantes e representantes legais que discordem de decisões tomadas pelas nossas empresas em questões derivadas dos respectivos contratos de seguros, ou que já tenham decorrido 30 (trinta) dias do pedido formulado.

Para maior agilidade do processo o pedido de análise, com a documentação respectiva, poderá ser enviado pelo corretor de seguros ao Ouvidor.

O QUE PRECEDE

1º) Os canais regulares de atendimento (**Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC: 0800-774-2532 - Deficientes Auditivos ou de fala: 0800-770-5244**) e departamentos envolvidos, devem ter analisado o pedido antes de o recurso ser apresentado à Ouvidoria.

2º) Somente serão analisados os casos cujas reclamações não tenham sido objeto de ação judicial ou tenham recorrido aos órgãos de proteção e defesa do consumidor.

COMO RECORRER

O recurso é gratuito, deve ser formulado por escrito e encaminhado à:

OUVIDORIA – Alfa Previdência e Vida S.A.

Alameda Santos, nº 466 – 7º andar

CEP: 01418-000

São Paulo – SP

E-mail: ouvidoria@alfaseg.com.br

CONDIÇÃO GERAL SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

Telefone: 0800-774-2352

Após acusar o recebimento dos recursos, o Ouvidor analisará cada caso tendo o prazo de até 15 (quinze) dias para sua resolução.

MAIOR GARANTIA PARA O SEGURADO

As decisões do Ouvidor serão acatadas pelas Empresas, obedecidos aos termos do Regulamento da Ouvidoria.

Permanece inalterado o direito do cliente de recorrer ao judiciário, a qualquer momento, ou caso não aceite a decisão do Ouvidor, obedecidos aos prazos prescricionais em vigor.

QUEM É O OUVIDOR

Profissional com os seguintes princípios de atuação:

- Isenção: Sem vínculo empregatício com as Empresas;
- Conhecimento: Profundo domínio das questões sobre seguros e referencial para o mercado;
- Autonomia: As decisões serão cumpridas pelas Empresas;
- Moral: A reputação é credencial de equilíbrio, justiça e ética.

A FUNÇÃO DO OUVIDOR

Proteger os direitos dos Segurados e demais clientes, zelando pela equidade de suas relações com as empresas.

CONHEÇA O REGULAMENTO

Consulte o Regulamento da Ouvidoria disponibilizado em:

<https://www.alfaseguradora.com.br/Portal/Alfa/Ouvidoria>

Sumário

1. DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS	7
2. OBJETIVO DO SEGURO	11
3. GARANTIAS DO SEGURO	11
3.1. GARANTIAS BÁSICAS:.....	11
3.2. GARANTIAS ADICIONAIS:.....	11
4. RISCOS EXCLUÍDOS	11
5. AMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	13
6. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO	13
7. REGIME FINANCEIRO	14
8. PROVA DO SEGURO	14
9. PRAZO DE VIGÊNCIA.....	14
10. RENOVAÇÃO DO SEGURADO	15
11. CAPITAL SEGURADO	15
12. CUSTEIO DO SEGURO.....	15
13. PAGAMENTO DO PRÊMIO	15
14. CANCELAMENTO	16
15. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	17
16. INDENIZAÇÃO	18
17. BENEFICIÁRIOS	21
18. ALTERAÇÃO DE CONTRATO	22
19. PRESCRIÇÃO	22
20. FORO.....	22
CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	23
CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	26
CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	33
CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL – AUXÍLIO FUNERAL	36
CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL – ASSISTÊNCIA FUNERAL	38
CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL – CESTA BÁSICA AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO	41
CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)	43

**CONDIÇÃO GERAL
SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL**

CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT)	46
CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)	48
CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI (DIH-UTI)	51

CONDIÇÃO GERAL SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

1. DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

▲ **Acidente Pessoal:** É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a Morte ou a Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado ou torne necessário o tratamento médico.

Incluem-se, ainda, no conceito:

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

Para fins deste seguro, NÃO se incluem no conceito de acidente pessoal as:

- ✓ **Doenças (inclusive as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- ✓ **Intercorrências ou complicações consequentes à realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.**
- ✓ **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;**
e
- ✓ **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 ora definido nesta Condição Geral.**

▲ **Agravamento do Risco:** Circunstâncias ou alterações que aumentam a intensidade e/ou a probabilidade da ocorrência do risco. O segurado perderá o direito à garantia se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.

▲ **Apólice:** É o documento emitido pela Seguradora que comprova a relação contratual

CONDIÇÃO GERAL SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

com o Segurado, e formaliza a aceitação do risco.

▲ **Aviso de Sinistro:** Comunicação do Segurado ou seu(s) beneficiário(s) à Seguradora sobre a ocorrência de um evento ou sinistro.

▲ **Beneficiário(s):** É a pessoa a favor da qual é devida a Indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado.

▲ **Capital Segurado:** É a importância máxima estabelecida para cada garantia deste seguro, a ser paga ou reembolsada em caso de ocorrência de evento coberto.

▲ **Cobertura de Risco:** Coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

▲ **Condições Contratuais:** É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, do contrato, e da proposta de contratação.

▲ **Condições Especiais:** É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

▲ **Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, dos Segurados, dos Beneficiários, e da Seguradora, e que integram a apólice de seguro.

▲ **Contrato:** É o instrumento jurídico firmado entre o Segurado e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano de seguro, e fixam os direitos e obrigações de cada uma das partes (Seguradora, Segurado e Beneficiários).

▲ **Corretor de Seguros:** É a pessoa física ou jurídica devidamente habilitada e registrada junto à SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) para intermediar e promover a realização de plano de seguro entre o Segurado junto à Seguradora, sendo o corretor responsável pela orientação destes no que se refere às Coberturas, Obrigações e Exclusões do contrato.

▲ **Dolo:** É o ato consciente ou intenção de cometer ato ilícito, por ação ou omissão.

▲ **Evento Coberto:** É o acontecimento futuro, possível e incerto, em virtude do qual o Beneficiário pode receber a Indenização prevista na(s) garantia(s) contratada(s).

▲ **Evento Preexistente:** É o acidente ocorrido com o Segurado, anteriormente à data do início de vigência do seguro.

▲ **Franquia:** É a participação obrigatória do Segurado em caso de sinistro, correspondente a um período em dias.

▲ **Garantias/Coberturas:** São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado, quando da ocorrência de um evento coberto.

▲ **Indenização:** É o valor que a Seguradora paga ao Segurado ou a seu Beneficiário em decorrência de sinistro coberto, limitado ao valor do Capital Segurado estabelecido para cada garantia contratada e demais condições do seguro.

▲ **Início de vigência:** É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

▲ **Médico:** É o profissional legalmente habilitado para a prática da medicina. **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.**

▲ **Nota Técnica Atuarial:** É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

▲ **Parâmetros Técnicos:** a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

▲ **Período de Cobertura:** É o período de vigência da apólice, durante o qual o Segurado ou seus beneficiários farão jus aos Capitais Segurados contratados.

▲ **Plano de Seguro:** É o conjunto de garantias contratados pelo Segurado.

▲ **Prazo de Carência:** Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento de 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.

▲ **Prêmio:** Importância paga pelo Segurado à Seguradora para que esta assumira riscos predeterminados a que o Segurado está exposto.

▲ **Proponente:** É o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas).

▲ **Proposta de Contratação:** É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

▲ **Regime Financeiro de Repartição Simples:** É a estrutura técnica em que os prêmios pagos pelo Segurado da apólice, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

▲ **Reintegração:** É a recomposição do Capital Segurado de uma Cobertura, na mesma proporção em que foi reduzido em função da ocorrência de um sinistro coberto pela Apólice de Seguro.

▲ **Risco:** Probabilidade de ocorrência de evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado ou Beneficiário do Seguro, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

▲ **Riscos Excluídos:** Eventos preestabelecidos nas Condições Gerais e Especiais do seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento relativo a estes eventos.

▲ **Seguradora:** É a Alfa Previdência e Vida S.A., denominada nas Cláusulas do contrato apenas Seguradora, empresa autorizada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) a funcionar no Brasil como tal. A Seguradora, recebendo o prêmio, assume o risco e garante indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo contrato.

▲ **Segurado:** É o proponente efetivamente aceito e incluído no seguro, cuja cobertura esteja em vigor.

▲ **Sinistro:** Termo que define o acontecimento do evento previsto e coberto no contrato.

▲ **SUSEP – Superintendência de Seguros Privados:** É o órgão responsável pelo controle e pela fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

▲ **Vigência:** É o período de tempo que determina o início e o fim da validade do seguro e das garantias contratadas.

2. OBJETIVO DO SEGURO

O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou a seus beneficiários, caso venha ocorrer um sinistro coberto pela apólice durante sua vigência e em consequência direta dos riscos expressamente convencionados nas coberturas contratadas, conforme estas Condições Gerais, Especiais e Apólice de Seguro, **exceto se decorrente dos riscos excluídos**.

3. GARANTIAS DO SEGURO

As garantias deste seguro dividem-se em Garantias Básicas e Adicionais, podendo ser contratadas de acordo com a opção feita pelo Segurado na Proposta de contratação e ratificadas na Apólice.

Constarão do Contrato e da Apólice de Seguro as garantias escolhidas pelo Segurado, suas particularidades e respectivos capitais segurados, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Garantias Básicas para a validade deste seguro.

TODAS AS GARANTIAS ADIANTE RELACIONADAS DEVERÃO SER SEMPRE CONSIDERADAS EM CONJUNTO COM O QUE DISPÕE OS RISCOS EXCLUÍDOS, CONSTANTES NO ITEM 04 DESTA CONDIÇÃO GERAL, E COM OS RISCOS EXCLUÍDOS ESPECÍFICOS PRESENTES NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CADA COBERTURA.

3.1. GARANTIAS BÁSICAS:

- ▲ *Morte Acidental (MA);*
- ▲ *Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA); E*
- ▲ *Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).*

3.2. GARANTIAS ADICIONAIS:

- ▲ *Morte Acidental – Auxílio Funeral;*
- ▲ *Morte Acidental – Assistência Funeral;*
- ▲ *Morte Acidental – Cesta Básica - Auxílio Alimentação;*
- ▲ *Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO);*
- ▲ *Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT);*
- ▲ *Diárias de Internação Hospitalar (DIH);*
- ▲ *Diárias de Internação Hospitalar – UTI (DIH-UTI).*

4. RISCOS EXCLUÍDOS

ALÉM DAS INFORMAÇÕES DESCRITAS NA DEFINIÇÃO DE CADA GARANTIA, ESTÃO EXCLUÍDOS DE TODAS AS GARANTIAS DESTES SEGURO, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:

- a) **USO DE MATERIAL NUCLEAR, PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**
- b) **ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, DE GUERRA CIVIL, DE GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO SE A MORTE OU A INCAPACIDADE DO SEGURADO PROVIER DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE, OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;**
- c) **LESÕES OU ACIDENTES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, NÃO DECLARADOS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E DE CONHECIMENTO DO SEGURADO;**
- d) **FURACÕES, TUFÕES, TORNADOS, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;**
- e) **ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR NECESSIDADE JUSTIFICADA, EXCETO SE A MORTE OU A INCAPACIDADE DO SEGURADO PROVIER DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE QUANDO PROFISSIONAL, OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;**
- f) **ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO SEU(S) BENEFICIÁRIO(S) OU POR RESPECTIVOS REPRESENTANTES LEGAIS, DE UM OU DE OUTRO;**
- g) **VIAGENS EM AERONAVES QUE NÃO POSSUAM, EM VIGOR, O COMPETENTE ATESTADO DE NAVEGABILIDADE; EM AERONAVE FURTADA OU DIRIGIDA POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS, DESDE QUE SEJA DE CONHECIMENTO PRÉVIO COMPROVADO DO SEGURADO;**
- h) **DANOS E PERDAS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTEMENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO;**
- i) **SUICÍDIO COMETIDO NO PERÍODO DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA VIGÊNCIA INICIAL DO SEGURO, EM CONFORMIDADE COM O DISPOSTO NO ARTIGO 798 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO;**

j) MUTILAÇÃO VOLUNTÁRIA;

k) MORTE DO SEGURADO PROVOCADA POR EPIDEMIAS E PANDEMIAS DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE; E

l) PRÁTICA POR PARTE DO SEGURADO, DE ATOS CONTRÁRIOS À LEI, INCLUSIVE A CONDIÇÃO OU PILOTAGEM DE VEÍCULOS AUTOMOTORES TERRESTRES, AQUÁTICOS, AÉREOS E SIMILARES SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO LEGAL;

m) CHOQUE ANAFILÁTICO OU QUALQUER TIPO DE HÉRNIA, E SUAS CONSEQUÊNCIA, QUANDO NÃO PROVOCADO POR ACIDENTE COBERTO;

n) ACIDENTE OCORRIDO QUANDO O SEGURADO NÃO LEGALMENTE HABILITADO ESTIVER NA CONDUÇÃO DE VEÍCULO TERRESTRE, AÉREO OU MARÍTIMO;

o) PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE.

5. AMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

O presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição contrária especificada nas condições especiais, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

6. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

Para contratação do seguro, deve ser preenchida e assinada a Proposta de Contratação pelo Proponente, seu Representante Legal, ou pelo Corretor.

Os proponentes com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos deverão ser representados pelos pais ou responsáveis, e os maiores de 16 (dezesesseis) anos, inclusive, e menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos por eles.

Será exigido para análise da aceitação, o preenchimento de Proposta de Contratação, bem como Declaração Pessoal de Saúde e, quando a Seguradora julgar necessário, prova de saúde.

A Seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar a respeito da proposta de seguro, a contar da data do respectivo protocolo de recebimento, ficando a aceitação do seguro sujeita à análise do risco, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

A Seguradora poderá solicitar quaisquer outros documentos necessários para análise do risco, e neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso e terá continuidade após a

entrega do respectivo documento solicitado.

Em caso de não aceitação da proposta por parte da Seguradora, o Proponente será comunicado por escrito, bem como serão devolvidos todos os valores eventualmente oferecidos a título de prêmio, no prazo máximo de 10 (dez) dias, atualizados a partir da data do real pagamento até a data da efetiva restituição por parte da Seguradora pela variação do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado.

No caso de recusa do risco, em que tenha adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o proponente tem direito a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta até a data da formalização da recusa.

O valor poderá ser restituído integralmente ou deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura do seguro.

Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo de 15 (quinze) dias, sem que haja suspensão do prazo por solicitação de documentos, a aceitação do seguro será automática.

O eventual pagamento do prêmio inicial não garante, em hipótese alguma, a aceitação automática da Proposta de Seguro.

7. REGIME FINANCEIRO

Este plano de seguro é estruturado no regime financeiro de repartição simples e devido à natureza deste regime, não é devido à concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada pagamento é destinado a custear o risco inerente à indenização no período.

8. PROVA DO SEGURO

Para cada Segurado incluído no seguro, será enviado uma Apólice de Seguro, contendo os dados previstos na regulamentação em vigor.

9. PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo do seguro será estipulado na Apólice, com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas dos dias ali designados, sendo facultado ainda, a contratação do seguro por período inferior ou igual a um ano.

Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

Em qualquer hipótese, o início de vigência individual estará condicionado à análise e aceitação pela Seguradora, devendo ser observado que estarão cobertos os eventuais sinistros que ocorrerem entre a data do pagamento do prêmio e a data da aceitação ou recusa, desde que a proposta tenha sido protocolada na Seguradora.

Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do seguro cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice.

10. RENOVAÇÃO DO SEGURADO

Este seguro não prevê renovação, portanto caso o segurado tenha interesse em permanecer com o seguro nas mesmas condições ou com atualizações deverá providenciar nova proposta devidamente preenchida e assinada pelo Segurado, seu representante ou corretor de seguros, para que a Seguradora analise todos os aspectos necessários para tomar a decisão sobre aceitação ou recusa do risco.

11. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado deste plano será escolhido pelo proponente no momento da contratação e constará na Apólice, somente podendo ser alterado com prévia concordância entre as partes contratantes.

Toda e qualquer alteração ou atualização de capital segurado somente será realizada se solicitado expressamente pelo Segurado, seu representante ou corretor de seguros, e desde que aceito pela Seguradora.

12. CUSTEIO DO SEGURO

O custeio deste seguro será 100% Contributário, ou seja, quando o próprio Segurado paga os prêmios do seguro.

13. PAGAMENTO DO PRÊMIO

O pagamento do prêmio poderá ser mensal ou anual, de acordo com a opção do Segurado, e cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura, conforme definido na Proposta de Contratação e na Apólice de Seguro.

O prêmio do seguro será calculado considerando-se o capital segurado, as garantias

contratadas, e outros critérios eventualmente estabelecidos na Proposta de Contratação.

O recolhimento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado por meio de boleto bancário, débito em conta ou fatura de cartão de crédito, de acordo com a forma de cobrança prevista na Proposta de Contratação.

Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver este expediente.

Qualquer indenização somente passa a ser devida com a caracterização e cobertura do risco e pressupõe o recolhimento antecipado do prêmio à Seguradora, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.

Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas serão deduzidas integralmente do valor da indenização, considerando-se as proporções entre os beneficiários.

Caso o pagamento do prêmio seja feito fora dos prazos estipulados no Contrato, qualquer indenização dependerá de prova de que antes da ocorrência do sinistro o mesmo foi efetuado.

O não pagamento do prêmio por parte do Segurado até a data de vencimento estabelecida no respectivo documento de cobrança, acarretará o cancelamento automático da Apólice a partir do dia subsequente ao início do período de cobertura a que se referir esta cobrança.

As parcelas, do período de cobertura já decorrido, citadas no parágrafo anterior, que estejam vencidas e não pagas serão acrescidas de também serão devidos juros moratórios equivalentes à 1% a.m. (um por cento ao mês), desde a data em que são devidas até a data de seu efetivo pagamento.

A eventual aceitação, por parte da Seguradora, de quaisquer pagamentos de prêmios, depois de vencidos, não constituirá tolerância ou novação das condições ora pactuadas.

14. CANCELAMENTO

A Apólice de Seguro poderá ser cancelada e as coberturas contratadas pelo Segurado cessam:

- a) A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes;

- i. a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;
- b) Ao fim do prazo de vigência do Seguro;
- c) Quando ocorrer o falecimento do Segurado;
- d) Pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro;
- e) Quando forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas por parte do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, que tenham influenciado na sua aceitação ou ainda na obtenção ou na majoração da indenização.

A APÓLICE DE SEGURO NÃO PODERÁ SER CANCELADA DURANTE SEU PERÍODO DE VIGÊNCIA PELA SEGURADORA SOB A ALEGAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA NATUREZA DOS RISCOS.

15. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

15.1. AVISO DE SINISTRO

Ocorrido um evento previsto na Apólice de Seguro contratado, a Alfa Previdência e Vida S.A. deverá ser comunicada imediatamente e de forma expressa, através da Central de Atendimento da Alfa no telefone 3004-2532 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800-202-2532 (demais localidades) que informará e orientará sobre a os documentos obrigatórios para avaliação do sinistro.

O Aviso de Sinistro, independentemente da documentação, deverá conter as seguintes informações:

- Nome do Segurado sinistrado e CPF;
- Tipo do evento (Morte Natural, Morte Acidental, Invalidez por Acidente, outros...);
- Data efetiva do sinistro (Se Morte Acidental/IPA → a data do acidente).

Em seguida, deverá ser entregue CÓPIA da documentação, conforme a descrição de cada Garantia contratada, com o formulário Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado ou seus beneficiários.

Estes documentos são imprescindíveis para o início da análise técnica do sinistro.

A Seguradora poderá disponibilizar meios alternativos de entrega da documentação para a abertura de sinistros.

15.2. OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- a) A Seguradora poderá solicitar outros documentos complementares, além dos**

acima mencionados, para esclarecimentos que julgar necessários, em caso de dúvida fundada e justificável.

- b) As providências ou atos que a Seguradora praticar após receber o aviso de sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

16. INDENIZAÇÃO

16.1. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro:

- a) Nas garantias que cubram a Morte Acidental, de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA e IPTA), Despesas Médico-Hospitalares e Odontológica (DMHO), Diárias de Incapacidade Temporária (DIT), Diárias de Incapacidade Temporária – Cesta Básica, acidente do segurado sinistrado;
- b) Nas garantias de Diárias de Internação Hospitalar (DIH), Diárias de Internação Hospitalar – UTI (DIH – UTI): a data de internação do segurado;
- c) No caso de cobertura de Funeral: a data do falecimento do segurado.

As indenizações referentes a esse seguro serão efetuadas no Brasil e em moeda nacional.

16.2. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações por Morte decorrente de Acidente e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte Acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Parcial por Acidente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

As indenizações por Diárias de Incapacidade Temporária e Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, Diárias de Internação Hospitalar e Diárias de Internação Hospitalar - UTI são cumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro.

16.3. JUNTA MÉDICA

Divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão das lesões, bem como, a avaliação da incapacidade **relacionada ao segurado**, devem, **dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação**, ser submetido a uma junta médica que será constituída de 3 (três) profissionais **e a sociedade seguradora irá formalizar ao segurado os procedimentos e providências, por meio de correspondência escrita.**

CONDIÇÃO GERAL

SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

A Junta Médica será realizada mediante a nomeação da indicação dos profissionais, na qual o segurado fará a indicação de um profissional, a sociedade seguradora indicará o segundo profissional e o terceiro profissional desempataador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. 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.

16.4. PERÍCIA MÉDICA

O segurado autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, entrar em contato com os médicos do segurado, fazer visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. A seguradora manterá sigilo das informações obtidas, e os resultados apurados ficarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

16.5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

As indenizações, se devidas, serão pagas em parcela única no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de recebimento, pela Seguradora, de todos os documentos necessários à comprovação ou à elucidação do evento. Em caso de dúvida fundada e justificável, a contagem do prazo de 30 (trinta) dias poderá ser suspensa com a solicitação de nova documentação, e volta a correr após a apresentação da nova documentação, na forma prevista no item 15.2, alínea "a" desta Condição Geral.

Se a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização, os valores serão atualizados monetariamente pela variação positiva do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor).

A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

No caso de extinção do índice ora pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

Quando o prazo da liquidação de sinistro superar o prazo de 30 (trinta) dias, também serão devidos juros moratórios equivalentes à 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término deste prazo até a data de pagamento da respectiva indenização.

O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

16.6. PERDA DE DIREITO DA INDENIZAÇÃO

A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja, por parte do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários:

- a) Forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas, que tenham influenciado na obtenção ou na majoração na indenização;**
- b) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;**
- c) Dolo, má fé, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulação ou culpa grave, não só quanto à contratação, como também com o objetivo de obter ou majorar indevidamente a indenização;**
- d) Agravamento do risco, objeto do contrato, pelo Segurado, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro.**

Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade 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; ou**
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**

II. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcional ao tempo decorrido; ou**
- 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 beneficiário ou 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.

O Segurado está obrigado a comunicar à sociedade Seguradora, logo que saiba,

qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

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

Caso haja diferença de prêmio, esta será restituída ao Segurado, corrigida pela variação positiva do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, a partir do 1º dia útil do mês subsequente à data do evento até a data do efetivo pagamento.

17. BENEFICIÁRIOS

É livre a indicação de beneficiários, por parte do Segurado, desde que tal indicação não colida com os preceitos legais.

Em conformidade com o Artigo 793 do Código Civil Brasileiro "É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato".

Quando houver mais de um beneficiário, deverá ser definido, no momento da nomeação dos mesmos, o percentual do capital segurado que será destinado a cada um.

O Segurado, e somente ele, poderá substituir seus beneficiários a qualquer tempo, mediante aviso escrito à Seguradora, não tendo validade quaisquer alterações que não se procedam desta forma.

Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária de um contrato de seguro de pessoas se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

Na falta de beneficiário nomeado ou na inexistência de cláusula beneficiária que conste das Condições Particulares, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

A sucessão legítima defere-se na ordem seguinte:

- a) Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime de comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares;**
- b) Aos ascendentes, em concorrência com o cônjuge;**
- c) Ao cônjuge sobrevivente;**
- d) Aos colaterais.**

Na falta das pessoas acima indicadas, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou de meios necessários para prover sua subsistência. Fora desses casos, será beneficiária a União, na forma da legislação em vigor.

18. ALTERAÇÃO DE CONTRATO

Nenhuma alteração no seguro será válida se não for feita por escrito e com a concordância das partes contratantes.

19. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados por lei.

20. FORO

Fica eleito o foro da Comarca do domicílio do **Segurado**, para nele serem dirimidas as dúvidas, conflitos ou litígios oriundos deste Seguro, **renunciando as partes, expressamente, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização em caso de falecimento decorrente, **exclusivamente, de acidente pessoal coberto**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, **exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nesta Condição Geral e Especial.**

Esta garantia não prevê carência e/ou franquia.

RISCOS EXCLUÍDOS

Excluem-se ainda da garantia de Morte Acidental (MA), além dos demais itens constantes no item 04 desta Condição Geral, inclusive a ocorrência de morte por causas naturais e os sinistros decorrentes de:

- a) Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;**
- b) Intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto.**
- c) Suicídio cometido no período de 2 (dois) anos a contar da vigência inicial da apólice, em conformidade com o disposto no artigo 798 do Código Civil Brasileiro.**

PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro.

DOCUMENTAÇÃO PARA AVISO DE SINISTRO

- Formulário de Aviso de sinistro devidamente preenchido (Documento fornecido pela Seguradora);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado sinistrado (atualizado até 03 (três) meses da data do sinistro);
- Boletim de Ocorrência Policial;
- Caso o sinistrado/segurado seja o condutor do meio de transporte, envolvido no acidente e de qualquer modalidade que seja exigida habilitação para sua condução, enviar cópia do documento obrigatório (exemplo: Carteira de Habilitação, Brevê, Permissão Internacional para Dirigir (PID) e habilitação para veículos náuticos), válido no país em que ocorreu o acidente;

CONDIÇÃO GERAL
SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

- Laudo da Perícia Técnica do local do acidente;
- Laudo (s) do IML – Instituto Médico Legal;
- Laudo do Exame Necroscópico;
- Laudo de Reconhecimento de Cadáver, caso a morte tenha ocorrido por carbonização ou, quando realizado, exame de DNA ou qualquer outro exame para reconhecimento do corpo da vítima/segurado;
- Laudo dos exames complementares do IML (alcoólico e toxicológico);
- Caso os laudos mencionados acima não tenham sido realizados, enviar declaração do órgão competente informado a não realização dos exames;
- Oitivas de testemunhas e Relatório Final da Autoridade Policial;
- Formulário de Autorização para Crédito e de Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012) dos beneficiários (Documento fornecido pela Seguradora).

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE

Quando houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário na Proposta de Adesão ou Proposta de Contratação:

- a) Se maior de 16 (dezesseis) anos, inclusive: RG, CPF, Certidão de Casamento atualizada e Comprovante de Residência;
- b) Se menor de 16 (dezesseis) anos: Certidão de Nascimento do menor; RG, CPF e Comprovante de Residência de seu representante legal; Termo de Tutela se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

Quando não houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário na Proposta de Adesão ou Proposta de Contratação e inexistindo cláusula beneficiária que conste do Contrato:

- a) Cônjuge: RG, CPF, Certidão de Casamento atualizada e Comprovante de Residência;
- b) Companheiro(a): RG, CPF, Comprovante de Residência e:
 - b.1) Se Segurado solteiro:
 - Declaração pública constando que o Segurado faleceu no estado civil solteiro, declarando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
 - Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
 - Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
 - Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.
 - b.2) Segurado viúvo:
 - Certidão de Casamento do Segurado;
 - Certidão de Óbito do cônjuge;
 - Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união),

CONDIÇÃO GERAL
SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;

- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

b.3) Segurado separado judicialmente:

- Certidão de Casamento atualizada com a averbação de separação;
- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

c) Filhos maiores de 16 (dezesesseis) anos, inclusive: RG, CPF, Comprovante de Residência e Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelos filhos do Segurado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração). Entre 16 (dezesesseis) e 18 (dezoito) anos deverá constar, também, documentos pessoais e assinatura do representante legal.

d) Filhos menores de 16 (dezesesseis) anos: Certidão de Nascimento do menor; RG, CPF e Comprovante de Residência do responsável legal pelo menor e, Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelo responsável legal do(s) menor(es) e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração); Termo de Tutela, se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

e) Pais: RG, CPF e Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelos pais do Segurado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração).

Nas situações em que o Segurado não indicar seus beneficiários, e houver deixado descendentes, cônjuge/companheiro, poderá ser necessário o envio dos Autos do processo de Inventário dos bens deixados pelo Segurado.

Em caso de beneficiários cuja situação não esteja acima indicada, os documentos necessários serão solicitados após o envio do Aviso de Sinistro com a respectiva documentação.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

Garante ao Segurado o pagamento de uma indenização, em circunstância e grau estabelecido na tabela para cálculo de indenização constante abaixo, proporcional e limitado ao valor do capital segurado em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada, **exclusivamente, por acidente pessoal coberto**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado, **exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nesta Condição Geral e Especial**.

Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, a Apólice será imediata e automaticamente cancelada.

Não sendo comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

A ocorrência de invalidez permanente parcial por acidente e o conseqüente pagamento do capital segurado não caracteriza o cancelamento do seguro, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente.

No caso de Invalidez Permanente por Acidente, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela.

TABELA DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
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

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSOS	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
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
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
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 respectivo dedo.	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
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

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES

Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbia-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a ½; dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	15
• de 5 centímetros ou mais	10
• de 4 centímetros	6
• de 3 centímetros	0
• menos de 3 centímetros	15

PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA DIVERSOS¹

Discriminação	% sobre o Capital Segurado
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
Em grau mínimo	05
Em grau médio	10
Em grau máximo	20
NARIZ	
Amputação total de nariz com perda de olfato	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
Diplopia	15
Lesões das vias Lacrimais	
Unilateral	07
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06

¹ A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA DIVERSOS²	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DE FONAÇÃO	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
SISTEMA AUDITIVO	
Amputação total de uma orelha	08
Amputação total de duas orelhas	16
PERDA DO BAÇO	
APARELHO URINÁRIO	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
Cistostomia (definitiva)	30
Incontinência urinária permanente	30
Perda de um rim, com rim remanescente	
Com função renal preservada	30
Redução da função renal (não dialítica)	50
Redução da função renal (dialítica)	75
Perda de rim único	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	05
Perda de dois testículos	15
Amputação traumática do pênis	40
Perda de um ovário	05
Perda de dois ovários	15
Perda do útero antes da menopausa	30
Perda do útero depois da menopausa	10
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATORIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10

² A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

Discriminação	% sobre o Capital Segurado
PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA DIVERSOS³	
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia parcial ou total)	
Com função respiratória preservada	15
Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
Com redução em grau médio da função respiratória	50
Com insuficiência respiratória	75
MAMAS (FEMININAS)	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FIGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
SINDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefaleia)	20
Síndrome pós-concussional	05

- No caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido à percentagem de redução prevista na tabela para perda total do membro, órgão ou parte atingida;
- Na falta de indicação da percentagem de redução, e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e

³ A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

- 25% (vinte e cinco por cento);
- c) Em todos os casos de invalidez parcial não especificado na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão;**
 - d) Nos casos de Invalidez Parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro;
 - e) Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para o caso de Invalidez Permanente por Acidente;
 - f) Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à percentagem da indenização prevista para sua perda total;
 - g) 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 definitivo;**
 - h) A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por invalidez permanente;**
 - i) A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente deve ser comprovada através de declaração do médico assistente do segurado, resultados de exames realizados decorrente do acidente e poderá ser complementado através da Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez emitida pelo INSS;
 - j) A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau;
 - k) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente total ou parcial por acidente;**
 - l) Se, depois de paga indenização por invalidez parcial permanente por acidente, ocorrer a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez parcial permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura;**
 - m) O pagamento do capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.**

Esta garantia não prevê carência e/ou franquia.

RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 4 desta Condição Geral.

PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total correspondente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial calculada conforme regras acima, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro.

DOCUMENTAÇÃO PARA AVISO DE SINISTRO

- Formulário de Aviso de sinistro, preenchido pelo Segurado e Declaração Médica devidamente preenchida pelo médico assistente do segurado, assinado e com reconhecimento de firma do médico (Documento fornecido pela Seguradora);
- RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado, até 60 dias do vencimento;
- Boletim de Ocorrência policial;
- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
- Caso o segurado seja o condutor do meio de transporte, envolvido no acidente e de qualquer modalidade que seja exigida habilitação para sua condução, enviar cópia do documento obrigatório (exemplo: Carteira de Habilitação, Brevê, Permissão Internacional para Dirigir (PID) e habilitação para veículos náuticos), válido no país em que ocorreu o acidente;
- Em caso de quadro clínico que necessite de interdição do segurado, providenciar o envio dos documentos:
 - *Certidão de Interdição Judicial ou Termo de curatela;*
 - *Cópia do RG, CPF e comprovante de residência atualizado até 60 dias do vencimento, em nome do curador;*
- Formulário de Autorização para Crédito e de Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012) do segurado (Documento fornecido pela Seguradora).

CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

Garante ao Segurado o pagamento de uma indenização, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente em virtude de lesão física causada, **exclusivamente, por acidente pessoal coberto**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado.

Esta garantia não prevê carência e/ou franquia.

Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, a Apólice será imediata e automaticamente cancelada.

Não sendo comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

No caso de Invalidez Permanente por Acidente, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela.

TABELA DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente		% sobre o Capital Segurado
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	Discriminação	
	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

- a) Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa,

CONDIÇÃO GERAL SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

- todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para o caso de Invalidez Permanente Total por Acidente;
- b) Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder a percentagem da indenização prevista para sua perda total;
 - c) 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 definitivo;**
 - d) A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente.**
 - e) A Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser comprovada através de declaração médica que a ateste, podendo ainda esta ser complementada pela Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez fornecida pelo INSS, caso este a tenha concedido, bem como por resultados de exames realizados em virtude do acidente; e
 - f) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente total por acidente.**
 - g) Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.**
 - h) O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.**

RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 4 desta Condição Geral.

PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total correspondente a participação do segurado sinistrado, obedecendo o limite estabelecido para esta garantia.

DOCUMENTAÇÃO PARA AVISO DE SINISTRO

- Formulário de Aviso de sinistro, preenchido pelo Segurado e Declaração Médica

- devidamente preenchida pelo médico assistente do segurado, assinado e com reconhecimento de firma do médico (Documento fornecido pela Seguradora);
- RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado, até 60 dias do vencimento;
 - Boletim de Ocorrência policial;
 - Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
 - Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
 - Caso o segurado seja o condutor do meio de transporte, envolvido no acidente e de qualquer modalidade que seja exigida habilitação para sua condução, enviar cópia do documento obrigatório (exemplo: Carteira de Habilitação, Brevê, Permissão Internacional para Dirigir (PID) e habilitação para veículos náuticos), válido no país em que ocorreu o acidente;
 - Em caso de quadro clínico que necessite de interdição do segurado, providenciar o envio dos documentos:
 - *Certidão de Interdição Judicial ou Termo de curatela;*
 - *Cópia do RG, CPF e comprovante de residência atualizado até 60 dias do vencimento, em nome do curador;*
 - Formulário de Autorização para Crédito e de Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012) do segurado (Documento fornecido pela Seguradora).

CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL – AUXÍLIO FUNERAL

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor correspondente ao reembolso com as despesas com o funeral, em caso de falecimento do Segurado, decorrente, **exclusivamente, de acidente pessoal coberto**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, **exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nesta Condição Geral e Especial**.

Esta garantia não prevê carência e/ou franquia.

RISCOS EXCLUÍDOS

Excluem-se ainda da garantia de Morte Acidental (MA), além dos demais itens constantes no item 04 desta Condição Geral, inclusive a ocorrência de morte por causas naturais e os sinistros decorrentes de:

- a) Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;
- b) Intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto.
- c) Suicídio cometido no período de 2 (dois) anos a contar da vigência inicial da apólice, em conformidade com o disposto no artigo 798 do Código Civil Brasileiro;
- d) Despesas com:
 - i. Traslado de Corpo;
 - ii. Roupas em geral;
 - iii. Anúncio em rádio ou jornal;
 - iv. Missa de 7º dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
 - v. Xerox da documentação;
 - vi. Café, bebidas, refeições em geral;
 - vii. Compra de jazigo;
 - viii. Confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
 - ix. Lápides e/ou gravações;
 - x. Cruzes;
 - xi. Reforma em geral no jazigo;
 - xii. Exumação de corpo em jazigo da família;
 - xiii. Custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
 - xiv. Despesas de qualquer natureza que não sejam relacionadas diretamente com o funeral, não previstas nesta Condição Geral e Especial;

- xv. **Necromaquiagem (as técnicas de preservação – tanatopraxia e embalsamento – terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, considerando esta despesa como parte dos valores de cobertura estipulados).**

PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

O pagamento desta garantia será realizado através de reembolso dos valores gastos com o funeral, mediante apresentação das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas.

O pagamento da cobertura de Morte Acidental - Auxílio Funeral não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

DOCUMENTAÇÃO PARA AVISO DE SINISTRO

- Formulário de Aviso de sinistro devidamente preenchido (Documento fornecido pela Seguradora);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado sinistrado (atualizado até 03 (três) meses da data do sinistro);
- Boletim de Ocorrência Policial;
- Notas Fiscais originais das despesas com o funeral do Segurado;
- Caso o sinistrado/segurado seja o condutor do meio de transporte, envolvido no acidente e de qualquer modalidade que seja exigida habilitação para sua condução, enviar cópia do documento obrigatório (exemplo: Carteira de Habilitação, Brevê, Permissão Internacional para Dirigir (PID) e habilitação para veículos náuticos), válido no país em que ocorreu o acidente;
- Laudo da Perícia Técnica do local do acidente;
- Laudo (s) do IML – Instituto Médico Legal;
- Laudo do Exame Necroscópico;
- Laudo de Reconhecimento de Cadáver, caso a morte tenha ocorrido por carbonização ou, quando realizado, exame de DNA ou qualquer outro exame para reconhecimento do corpo da vítima/segurado;
- Laudo dos exames complementares do IML (alcoólico e toxicológico);
- Caso os laudos mencionados acima não tenham sido realizados, enviar declaração do órgão competente informado a não realização dos exames;
- Oitivas de testemunhas e Relatório Final da Autoridade Policial;
- Formulário de Autorização para Crédito e de Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012) dos beneficiários (Documento fornecido pela Seguradora).

CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL – ASSISTÊNCIA FUNERAL

Garante ao(s) beneficiário(s) a prestação de serviço ou reembolso com as despesas com o funeral, em caso de falecimento do Segurado, decorrente, **exclusivamente, de acidente pessoal coberto**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, **exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nesta Condição Geral e Especial.**

Cabe aos beneficiários a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que estejam legalmente habilitados.

Para a opção de prestação de serviço, o atendimento deverá ser previamente solicitado a Central de Atendimento, conforme número constante na Apólice de Seguro.

Esta garantia não prevê carência e/ou franquia.

RISCOS EXCLUÍDOS

Excluem-se ainda da garantia de Morte Acidental (MA), além dos demais itens constantes no item 04 desta Condição Geral, inclusive a ocorrência de morte por causas naturais e os sinistros decorrentes de:

- a) Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;**
- b) Intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto.**
- c) Suicídio cometido no período de 2 (dois) anos a contar da vigência inicial da apólice, em conformidade com o disposto no artigo 798 do Código Civil Brasileiro;**
- d) Despesas com:**
 - i. Traslado de Corpo;**
 - ii. Roupas em geral;**
 - iii. Anúncio em rádio ou jornal;**
 - iv. Missa de 7º dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;**
 - v. Xerox da documentação;**
 - vi. Café, bebidas, refeições em geral;**
 - vii. Compra de jazigo;**
 - viii. Confecção de gaveta em túmulo de terceiro;**
 - ix. Lápides e/ou gravações;**
 - x. Cruzes;**

**CONDIÇÃO GERAL
SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL**

- xi. Reforma em geral no jazigo;**
- xii. Exumação de corpo em jazigo da família;**
- xiii. Custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;**
- xiv. Despesas de qualquer natureza que não sejam relacionadas diretamente com o funeral, não previstas nesta Condição Geral e Especial;**
- xv. Necromaquiagem (as técnicas de preservação – tanatopraxia e embalsamento – terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, considerando esta despesa como parte dos valores de cobertura estipulados).**

PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

O pagamento desta garantia será realizado através de reembolso dos valores gastos com o funeral, mediante apresentação das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas, ou através da solicitação prévia do serviço através da Central de Atendimento.

O pagamento da cobertura de Morte Acidental - Assistência Funeral não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

- Formulário de Aviso de sinistro devidamente preenchido (Documento fornecido pela Seguradora);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado sinistrado (atualizado até 03 (três) meses da data do sinistro);
- Boletim de Ocorrência Policial;
- Notas Fiscais originais das despesas com o funeral do Segurado;
- Caso o sinistrado/segurado seja o condutor do meio de transporte, envolvido no acidente e de qualquer modalidade que seja exigida habilitação para sua condução, enviar cópia do documento obrigatório (exemplo: Carteira de Habilitação, Brevê, Permissão Internacional para Dirigir (PID) e habilitação para veículos náuticos), válido no país em que ocorreu o acidente;
- Laudo da Perícia Técnica do local do acidente;
- Laudo (s) do IML – Instituto Médico Legal;
- Laudo do Exame Necroscópico;
- Laudo de Reconhecimento de Cadáver, caso a morte tenha ocorrido por carbonização ou, quando realizado, exame de DNA ou qualquer outro exame para reconhecimento do corpo da vítima/segurado;
- Laudo dos exames complementares do IML (alcoólico e toxicológico);
- Caso os laudos mencionados acima não tenham sido realizados, enviar declaração do órgão competente informado a não realização dos exames;

CONDIÇÃO GERAL
SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

- Oitivas de testemunhas e Relatório Final da Autoridade Policial;
- Formulário de Autorização para Crédito e de Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012) dos beneficiários (Documento fornecido pela Seguradora).

CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL – CESTA BÁSICA AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização, a título de Auxílio Alimentação – Cesta Básica, em caso de falecimento decorrente, **exclusivamente, de acidente pessoal coberto**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, **exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nesta Condição Geral e Especial.**

Esta garantia não prevê carência e/ou franquia.

RISCOS EXCLUÍDOS

Excluem-se ainda da garantia de Morte Acidental (MA), além dos demais itens constantes no item 04 desta Condição Geral, inclusive a ocorrência de morte por causas naturais e os sinistros decorrentes de:

- a) Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;**
- b) Intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto.**
- c) Suicídio cometido no período de 2 (dois) anos a contar da vigência inicial da apólice, em conformidade com o disposto no artigo 798 do Código Civil Brasileiro.**

PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro.

DOCUMENTAÇÃO PARA AVISO DE SINISTRO

- Formulário de Aviso de sinistro devidamente preenchido (Documento fornecido pela Seguradora);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado sinistrado (atualizado até 03 (três) meses da data do sinistro);
- Boletim de Ocorrência Policial;
- Caso o sinistrado/segurado seja o condutor do meio de transporte, envolvido no acidente e de qualquer modalidade que seja exigida habilitação para sua condução, enviar cópia do documento obrigatório (exemplo: Carteira de Habilitação, Brevê, Permissão Internacional para Dirigir (PID) e habilitação para veículos náuticos), válido no país em que ocorreu o acidente;

CONDIÇÃO GERAL
SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

- Laudo da Perícia Técnica do local do acidente;
- Laudo (s) do IML – Instituto Médico Legal;
- Laudo do Exame Necroscópico;
- Laudo de Reconhecimento de Cadáver, caso a morte tenha ocorrido por carbonização ou, quando realizado, exame de DNA ou qualquer outro exame para reconhecimento do corpo da vítima/segurado;
- Laudo dos exames complementares do IML (alcoólico e toxicológico);
- Caso os laudos mencionados acima não tenham sido realizados, enviar declaração do órgão competente informado a não realização dos exames;
- Oitivas de testemunhas e Relatório Final da Autoridade Policial;
- Formulário de Autorização para Crédito e de Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012) dos beneficiários (Documento fornecido pela Seguradora).

CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

Garante ao Segurado o reembolso de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente, **decorrente exclusivamente, por acidente pessoal coberto**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, **exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nesta Condição Geral e Especial.**

Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico/hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

As despesas efetuadas no exterior serão reembolsadas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitado o limite do capital segurado contratado, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

Possuindo o Segurado mais de uma apólice na Seguradora ou em outra companhia, garantindo Despesas Médico-Hospitalares, a responsabilidade da Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados em todas as apólices em vigor na data do evento.

Esta garantia não prevê carência e/ou franquia.

RISCOS EXCLUÍDOS

Excluem-se ainda da garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), além dos demais itens constantes no item 04 desta Condição Geral, as despesas decorrentes de:

- a) Estado de convalescença (após a alta médica);**
- b) Despesas de acompanhantes;**
- c) Aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;**
- d) Despesas com redução funcional ou postural, tratamentos homeopáticos e quiropráticos, tratamentos em clínicas de repouso, acupuntura, massoterapia, massagens, podologia, medicina não convencional ou alternativa e sessões de fisioterapia que não sejam de prescrição intra hospitalar ou que não estejam em conformidade as práticas médicas reconhecidas pela sociedade médica brasileira em caráter de internação;**
- e) Despesas com aquisição de óculos, lentes, cadeiras de rodas, muletas e similares.**

PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, através de reembolso dos valores gastos com o tratamento, mediante apresentação das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro.

REINTEGRAÇÃO DA GARANTIA

A Seguradora procederá a reintegração automática da garantia de despesas médico-hospitalares e odontológicas após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.

DOCUMENTAÇÃO PARA AVISO DE SINISTRO

- Formulário de Aviso de sinistro, preenchido pelo Segurado e Declaração Médica devidamente preenchida pelo médico assistente do segurado, assinado e com reconhecimento de firma do médico (Documento fornecido pela Seguradora);
- Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado sinistrado (atualizado até 03 (três) meses da data do sinistro);
- Boletim de Ocorrência Policial e/ou CAT (se acidente ocorridos em horário de trabalho);
- Caso o sinistrado/segurado seja o condutor do meio de transporte, envolvido no acidente e de qualquer modalidade que seja exigida habilitação para sua condução, enviar cópia do documento obrigatório (exemplo: Carteira de Habilitação, Brevê, Permissão Internacional para Dirigir (PID) e habilitação para veículos náuticos), válido no país em que ocorreu o acidente;
- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o Segurado foi socorrido;
- Laudo médico pormenorizado, constando diagnóstico, tratamentos realizados e alta médica definitiva ou previsão para conclusão do tratamento;
- Formulário de Autorização para Crédito e de Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012) dos beneficiários (Documento fornecido pela Seguradora).
- Para reembolso de Despesas Médicas:
 - Recibo ou Nota fiscal constando as despesas médicas;
 - Cópia do pedido médico (receituário com carimbo, CRM e CPF).
- Para reembolso de Honorários Médicos:
 - Recibo ou Nota fiscal, constando os procedimentos realizados conforme tabela da AMB (Associação Médica Brasileira), bem como carimbo do médico com CPF e CNPJ;
 - Cópia do pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados.
- Para reembolso de Exames Médicos:
 - Recibo ou Nota Fiscal Original;
 - Cópia do pedido médico acompanhado de resultados do exame realizado.

**CONDIÇÃO GERAL
SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL**

OBS.: COMPROVANTES DE MEDICAMENTOS E EXAMES NECESSITAM SER ACOMPANHADOS DE ADEQUADA PRESCRIÇÃO MÉDICA, NOTAS FISCAIS E QUITAÇÃO DOS PAGAMENTOS.

NO CASO DE TRATAMENTOS PROLONGADOS, É NECESSÁRIO RELATÓRIO MÉDICO, DETALHANDO OS PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS, O PRAZO E O CUSTO APROXIMADO, ATÉ A CONCLUSÃO.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT)

Garante ao Segurado o pagamento de uma indenização, em caso de incapacidade temporária decorrente, **exclusivamente, de acidente pessoal coberto**, quando este dentro do período de cobertura, que caracterize a impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer todas as suas atividades profissionais ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, por um período superior a franquia e limitada à quantidade de diárias contratadas, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela Seguradora, **exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nesta Condição Geral e Especial.**

Esta garantia não prevê carência.

FRANQUIA

Nesta cobertura há uma franquia de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais pelo Segurado por determinação médica, período em que o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento.

LIMITE DE DIÁRIAS

Observado o limite máximo contratual de 360 (trezentos e sessenta) diárias, estas são devidas a partir do 16º (décimo sexto) dia de caracterização da incapacidade.

O valor e a quantidade de diárias contratadas serão fixadas na Apólice de Seguro.

Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não poderá superar a quantidade contratada.

AMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

Esta cobertura garante apenas os eventos ocorridos no Brasil.

RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 4 desta Condição Geral.

PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Esta garantia será paga ao Segurado, de uma só vez, ou através de prestações periódicas, a critério do segurado e na forma convencionada na Apólice de Seguros.

O início do pagamento desta garantia se dará a partir do primeiro dia subsequente ao término da franquia, até o limite de dias/meses determinado na Apólice de Seguros.

REINTEGRAÇÃO DA GARANTIA

A Seguradora procederá a reintegração automática desta garantia após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.

DOCUMENTAÇÃO PARA AVISO DE SINISTRO

- Formulário de Aviso de sinistro, preenchido pelo Segurado e Declaração Médica devidamente preenchida pelo médico assistente do segurado, assinado e com reconhecimento de firma do médico (Documento fornecido pela Seguradora);
- Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado sinistrado (atualizado até 03 (três) meses da data do sinistro);
- Boletim de Ocorrência Policial e/ou CAT (se acidente ocorridos em horário de trabalho);
- Caso o sinistrado/segurado seja o condutor do meio de transporte, envolvido no acidente e de qualquer modalidade que seja exigida habilitação para sua condução, enviar cópia do documento obrigatório (exemplo: Carteira de Habilitação, Brevê, Permissão Internacional para Dirigir (PID) e habilitação para veículos náuticos), válido no país em que ocorreu o acidente;
- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o Segurado foi socorrido, constando descrição detalhada das lesões e procedimentos realizados;
- Declaração do hospital (ou médico) constando período de afastamento, bem como informando tratamentos que estão sendo realizados nesse período;
- Cópia da Carta de Concessão do Auxílio INSS, informando o período do afastamento do trabalho;
- Formulário de Autorização para Crédito e de Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012) dos beneficiários (Documento fornecido pela Seguradora).

CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

Garante ao Segurado o pagamento de diárias por hospitalização, em caso de internação hospitalar do segurado decorrente, **exclusivamente, de acidente pessoal coberto**, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, e desde que justificado e reconhecido pela prática médica, **e exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nesta Condição Geral e Especial.**

Esta garantia não prevê carência.

FRANQUIA

A cada evento coberto não será considerado para efeito de indenização o primeiro dia de internação.

LIMITE DE DIÁRIAS

A diária de internação hospitalar a ser paga corresponde ao número de dias em que o segurado ficar internado. Observado o limite máximo contratual de 360 (trezentos e sessenta) diárias, estas são devidas a partir do 2º (segundo) dia de caracterização da internação hospitalar.

O valor e a quantidade de diárias contratadas serão estabelecidos na Apólice.

Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não poderá superar a quantidade contratada.

AMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

Esta cobertura garante apenas os eventos ocorridos no Brasil.

RISCOS EXCLUÍDOS

Excluem-se ainda da garantia de Diárias de Internação Hospitalar (DIH), além dos demais itens constantes no item 04 desta Condição Geral, a realização de:

- a) Tratamentos de lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias;**
- b) Internação hospitalar para o tratamento de qualquer doença;**
- c) Partos, interrupção provocada da gravidez e suas consequências;**
- d) Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro;**

CONDIÇÃO GERAL SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

- e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão do evento ocorrido da vigência do seguro;**
- f) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;**
- g) Tratamento por senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;**
- h) Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal.**

PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Esta garantia será paga ao Segurado, de uma só vez, ou através de prestações periódicas, a critério do segurado e na forma convencionada na Apólice de Seguros.

O início do pagamento desta garantia se dará a partir do primeiro dia subsequente ao término da franquia, até o limite de dias/meses determinado na Apólice de Seguros.

REINTEGRAÇÃO DA GARANTIA

A Seguradora procederá a reintegração automática desta garantia após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.

DOCUMENTAÇÃO PARA AVISO DE SINISTRO

- Formulário de Aviso de sinistro, preenchido pelo Segurado e Declaração Médica devidamente preenchida pelo médico assistente do segurado, assinado e com reconhecimento de firma do médico (Documento fornecido pela Seguradora);
- Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado sinistrado (atualizado até 03 (três) meses da data do sinistro);
- Boletim de Ocorrência Policial e/ou CAT (se acidente ocorridos em horário de trabalho);
- Caso o sinistrado/segurado seja o condutor do meio de transporte, envolvido no acidente e de qualquer modalidade que seja exigida habilitação para sua condução, enviar cópia do documento obrigatório (exemplo: Carteira de Habilitação, Brevê, Permissão Internacional para Dirigir (PID) e habilitação para veículos náuticos), válido no país em que ocorreu o acidente;
- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o Segurado foi socorrido, constando descrição detalhada das lesões e procedimentos realizados;
- Declaração do Hospital informando o período em que o segurado esteve internado, bem como descrevendo as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados e data da alta médica hospitalar;

CONDIÇÃO GERAL
SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

- Cópia do Prontuário Médico Hospitalar, com os resultados dos exames complementares, incluindo imagens e respectivos laudos;
- Cópia da Carta de Concessão do Auxílio INSS, informando o período do afastamento do trabalho;
- Formulário de Autorização para Crédito e de Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012) dos beneficiários (Documento fornecido pela Seguradora).

CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI (DIH-UTI)

Garante ao Segurado o pagamento de diárias por hospitalização em UTI – Unidade de Terapia Intensiva, em caso de internação hospitalar em UTI do segurado decorrente, **exclusivamente, de acidente pessoal coberto**, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, e desde que justificado e reconhecido pela prática médica, **e exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nesta Condição Geral e Especial.**

Esta garantia não prevê carência.

FRANQUIA

A cada evento coberto não será considerado para efeito de indenização o primeiro dia de internação.

LIMITE DE DIÁRIAS

A diária de internação hospitalar em UTI a ser paga corresponde ao número de dias em que o segurado ficar internado em UTI. Observado o limite máximo contratual de 360 (trezentos e sessenta) diárias, estas são devidas a partir do 2º (segundo) dia de caracterização da internação hospitalar.

O valor e a quantidade de diárias contratadas serão estabelecidos na Apólice.

Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não poderá superar a quantidade contratada.

AMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

Esta cobertura garante apenas os eventos ocorridos no Brasil.

RISCOS EXCLUÍDOS

Excluem-se ainda da garantia de Diárias de Internação Hospitalar em UTI (DIH-UTI), além dos demais itens constantes no item 04 desta Condição Geral, a realização de:

- a) Tratamentos de lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias;**
- b) Internação hospitalar para o tratamento de qualquer doença;**
- c) Partos, interrupção provocada da gravidez e suas consequências;**
- d) Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e**

CONDIÇÃO GERAL SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro;

- e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão do evento ocorrido da vigência do seguro;**
- f) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;**
- g) Tratamento por senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;**
- h) Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal.**

PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Esta garantia será paga ao Segurado, de uma só vez, ou através de prestações periódicas, a critério do segurado e na forma convencionada na Apólice de Seguros.

O início do pagamento desta garantia se dará a partir do primeiro dia subsequente ao término da franquia, até o limite de dias/meses determinado na Apólice de Seguros.

REINTEGRAÇÃO DA GARANTIA

A Seguradora procederá a reintegração automática desta garantia após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.

DOCUMENTAÇÃO PARA AVISO DE SINISTRO

- Formulário de Aviso de sinistro, preenchido pelo Segurado e Declaração Médica devidamente preenchida pelo médico assistente do segurado, assinado e com reconhecimento de firma do médico (Documento fornecido pela Seguradora);
- Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado sinistrado (atualizado até 03 (três) meses da data do sinistro);
- Boletim de Ocorrência Policial e/ou CAT (se acidente ocorridos em horário de trabalho);
- Caso o sinistrado/segurado seja o condutor do meio de transporte, envolvido no acidente e de qualquer modalidade que seja exigida habilitação para sua condução, enviar cópia do documento obrigatório (exemplo: Carteira de Habilitação, Brevê, Permissão Internacional para Dirigir (PID) e habilitação para veículos náuticos), válido no país em que ocorreu o acidente;
- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o Segurado foi socorrido, constando descrição detalhada das lesões e procedimentos realizados;
- Declaração do Hospital informando o período em que o segurado esteve internado Na Unidade de Tratamento Intensiva - UTI, bem como descrevendo as lesões sofridas

CONDIÇÃO GERAL
SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

- na ocasião do acidente, tratamentos realizados e data da alta médica hospitalar;
- Cópia do Prontuário Médico Hospitalar, com os resultados dos exames complementares, incluindo imagens e respectivos laudos;
 - Cópia da Carta de Concessão do Auxílio INSS, informando o período do afastamento do trabalho;

Formulário de Autorização para Crédito e de Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012) dos beneficiários (Documento fornecido pela Seguradora).