

CONDIÇÕES GERAIS

ACIDENTES PESSOAIS PASSAGEIROS – APP COLETIVO

Versão - Março/2015

| | |
|--|-----------|
| OUVIDORIA..... | 4 |
| DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS..... | 6 |
| CONDIÇÕES GERAIS..... | 11 |
| 1. PRELIMINARES..... | 11 |
| 2. OBJETIVO DO SEGURO..... | 11 |
| 3. PÚBLICO ALVO..... | 11 |
| 4. DETERMINAÇÃO DOS VEÍCULOS..... | 11 |
| 5. ÂMBITO DE COBERTURA..... | 11 |
| 6. DETERMINAÇÃO DO GRUPO SEGURÁVEL..... | 12 |
| 7. GARANTIAS DO SEGURO..... | 12 |
| 7.1 ESTRUTURA..... | 12 |
| 7.2 GARANTIAS BÁSICAS..... | 12 |
| 7.3 GARANTIAS ADICIONAIS..... | 19 |
| 8. PRAZO DE VIGÊNCIA..... | 20 |
| 9. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO..... | 20 |
| 9.1. MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO..... | 20 |
| 10. ACEITAÇÃO DA APÓLICE DE SEGURO..... | 20 |
| 11. CAPITAL SEGURADO..... | 21 |
| 12. ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO..... | 21 |
| 13. REVISÃO DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO..... | 21 |
| 14. INCLUSÃO DE PASSAGEIROS..... | 21 |
| 15. RENOVAÇÃO DO SEGURO..... | 22 |
| 16. RISCOS EXCLUÍDOS..... | 22 |
| 17. REGIME FINANCEIRO..... | 23 |
| 18. PROVA DO SEGURO..... | 23 |
| 19. REAVALIAÇÃO E AJUSTE DE TAXA..... | 23 |
| 20. CANCELAMENTO..... | 23 |
| 20.1. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL..... | 24 |
| 21. CUSTEIO DO SEGURO..... | 24 |
| 22. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUB-ESTIPULANTE..... | 24 |
| 23. PAGAMENTO DO PRÊMIO..... | 25 |
| 24. BENEFICIÁRIOS..... | 25 |
| 25. INDENIZAÇÃO..... | 26 |
| 26. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO..... | 28 |
| 26.1 AVISO DE SINISTRO..... | 28 |
| 26.2 DOCUMENTOS A SEREM ENVIADOS..... | 28 |
| 26.3 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES..... | 32 |

| | | |
|-----|---------------------------------------|----|
| 27. | ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA | 32 |
| 28. | ALTERAÇÃO DE CONTRATO..... | 32 |
| 29. | PRESCRIÇÃO | 32 |
| 30. | FORO..... | 32 |

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 na divergência em questão.

▲ 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 PROCEDE

1º) Os canais regulares de atendimento (SAC – Serviço de Atendimento a Clientes) 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 a:

OUVIDORIA – Alfa Seguradora

Alameda Santos, nº 466 – 7º andar - CEP: 01418-000 - São Paulo – SP

E-mail: ouvidoria@alfaseg.com.br

Telefone: 0800-774-2352

Para uso exclusivo de deficientes auditivos: 0800 770 5140

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:

www.alfaseguradora.com.br

DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

▲ ACIDENTE PESSOAL

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

a) incluem-se nesse conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor, em especial o art. 798 do Código Civil Brasileiro;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) **excluem-se desse conceito:**

- b.1) **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b.2) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- b.3) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- b.4) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, ora definido.**

▲ AGRAVAMENTO DO RISCO

Circunstâncias ou alterações que aumentam a intensidade e/ou a probabilidade da ocorrência de sinistro, independente da vontade do segurado.

▲ ÂMBITO GEOGRÁFICO

Termo que determina o território de abrangência das coberturas previstas no seguro ou a extensão na qual a cobertura é válida.

▲ APÓLICE

É o documento emitido pela Seguradora que comprova a relação contratual com o Estipulante e formaliza a aceitação do risco pela Seguradora.

▲ 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 física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência sinistro.

▲ **CAPITAL SEGURADO**

É a importância máxima estabelecida para cada garantia deste seguro, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto.

▲ **CARREGAMENTO**

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

▲ **CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO**

É o documento expedido pela Seguradora que formaliza a aceitação do proponente do grupo segurável.

▲ **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 da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

▲ **CONDIÇÕES GERAIS**

Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano estabelecendo, obrigações e direitos, dos Segurados, dos Beneficiários, do Estipulante, do Sub-Estipulante e da Seguradora.

▲ **CONDIÇÕES ESPECIAIS**

Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

▲ **CONTRATO**

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e/ou Sub-estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante e/ou Sub-estipulante, da Seguradora, dos Segurados, e dos 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 os Estipulantes, Sub-Estipulantes e/ou Segurados junto à Seguradora, sendo o corretor responsável pela orientação destes no que se referem às Coberturas, Obrigações e Exclusões do contrato.

▲ **DESTINO**

É onde termina o percurso da viagem objeto deste seguro.

▲ **DOLO**

Má-fé; qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro; vontade conscientemente dirigida com a finalidade de obter um resultado criminoso.

▲ **ESTIPULANTE OU SUB-ESTIPULANTE**

É a pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que contrata o seguro e representa os Segurados perante a Seguradora, sendo expressamente vedada a atuação como Estipulante ou Sub-Estipulante por parte de corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou

representantes; corretores de seguro e; sociedades seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes. Esta vedação não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.

▲ **EVENTO COBERTO**

É o acontecimento futuro, possível e incerto, em virtude do qual o Segurado ou seu Beneficiário, quando for o caso, pode receber a indenização prevista na(s) garantia(s) contratada(s).

▲ **EVENTO PREEXISTENTE**

Acidente ocorrido com o Segurado, anteriormente à data do início de vigência do seguro.

▲ **FRANQUIA**

Período durante o qual o Segurado é responsável pelos prejuízos decorrentes de um sinistro.

▲ **GARANTIAS/COBERTURAS**

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Estipulante, Sub-Estipulante e/ou Segurado, quando da ocorrência de um evento coberto.

▲ **GRUPO SEGURADO**

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

▲ **GRUPO SEGURÁVEL**

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante e/ou Sub-Estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

▲ **INDENIZAÇÃO**

É o valor que a Seguradora paga ao Segurado ou a seu Beneficiário, quando for o caso, 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.

▲ **MIGRAÇÃO DE APÓLICES**

A transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

▲ **NOTA TÉCNICA ATUARIAL**

É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

▲ **ORIGEM**

É onde inicia o percurso da viagem objeto desse seguro.

▲ **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.

▲ **PERÍODO DE COBERTURA**

É o período durante o qual o Segurado ou seu Beneficiário, quando for o caso, fará jus aos Capitais Segurados contratados.

▲ PRÊMIO

Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

▲ PRÊMIO COMERCIAL

Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

▲ PRÊMIO PURO

Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

▲ PROPONENTE

É o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

▲ PROPOSTA DE ADESÃO

É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

▲ PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante, pessoa física ou jurídica, 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 por todos os segurados da apólice e/ou pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante, 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.

▲ 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

São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo seguro.

▲ 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.

▲ SEGURADOS

São as pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante e/ou Sub-Estipulante e que, por adesão, são incluídas neste seguro.

▲ **SINISTRO**

A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.

▲ **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.

CONDIÇÕES GERAIS

1. PRELIMINARES

Estas Condições aplicam-se a todas as Garantias contratadas pelo Estipulante, Sub-Estipulante e/ou Segurado, dentro da apólice.

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

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

O Estipulante, Sub-Estipulante e/ou Segurado poderão 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.

Recomendamos a leitura atenta desta Condição Geral, especialmente no que se refere a **RISCOS EXCLUÍDOS** do seguro.

2. OBJETIVO DO SEGURO

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

3. PÚBLICO ALVO

É destinado aos passageiros de veículos automotivos públicos ou particulares. Consideram-se Passageiros todas as pessoas que estiverem sendo transportadas, inclusive o motorista, limitado o número de passageiros à lotação oficial.

4. DETERMINAÇÃO DOS VEÍCULOS

Considera-se veículos, para fins desse seguro, meio de transporte automotivo devidamente licenciado para o transporte de pessoas, definidos em contrato pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante.

Poderão participar deste seguro:

- Veículos de Uso Particular;
- Ônibus, Micro-ônibus e Afins;
- Veículos adaptados para o transporte de pessoas, desde que devidamente licenciados e vistoriados por Órgão Competente da Região.

Não poderão participar deste seguro:

- Caminhões e ambulâncias;
- Motocicletas;
- Lotações;
- Táxis.

5. ÂMBITO DE COBERTURA

As coberturas deste seguro limitam-se, **exclusivamente**, aos acidentes pessoais cobertos, ocorridos aos passageiros dos veículos, estendendo-se ao momento em que o passageiro, depois de adquirido a passagem, se encontrar no recinto da estação aguardando o embarque, abrangendo os lugares de paradas intermediárias e de transbordo de passageiros, e até o momento em que o mesmo deixar a estação de desembarque.

6. DETERMINAÇÃO DO GRUPO SEGURÁVEL

O grupo segurável será determinado pela exposição de assentos oficial do veículo, que deverá ser informado pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante à Seguradora.

7. GARANTIAS DO SEGURO

As garantias deste seguro dividem-se em Garantias Básicas e Adicionais, podendo ser contratadas de acordo com a opção feita pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante na Proposta de Contratação e ratificadas no Contrato, em favor dos Passageiros, **sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Garantias Básicas.**

Constarão do Contrato de cada apólice as garantias escolhidas pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante, suas particularidades e respectivos critérios de composição dos capitais segurados, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Garantias Básicas para a validade deste seguro.

As garantias adiante relacionadas deverão ser sempre consideradas em conjunto com o que dispõe os **riscos excluídos, constantes no item 16 desta Condição Geral.**

A cobertura deste seguro limita-se às consequências de acidentes pessoais ocorridos aos Passageiros à bordo dos veículos automotivos, estendendo-se ao momento em que o Passageiro, depois de adquirido a passagem, se encontrar no recinto da estação aguardando o embarque, abrangendo os lugares de paradas intermediárias e de transbordo de passageiros, e até o momento em que o mesmo deixar a estação de desembarque.

7.1 ESTRUTURA

Este seguro oferece as seguintes garantias:

Garantias Básicas:

- ▲ **Morte Acidental (MA)**
- ▲ **Morte Acidental – Auxílio Funeral**
- ▲ **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)**
- ▲ **Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)**

Garantias Adicionais:

- ▲ **Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)**
- ▲ **Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) – 2º risco do DPVAT**

7.2 GARANTIAS BÁSICAS

▲ MORTE ACIDENTAL (MA)

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização em caso de falecimento do Passageiro, **decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

Seguro de Menores

A Garantia de Morte Acidental, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, as quais podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

Esta cobertura não prevê franquia e/ou carência.

Forma de Pagamento

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia.

▲ MORTE ACIDENTAL - AUXÍLIO FUNERAL

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor correspondente às despesas do funeral, em caso de falecimento do Passageiro, decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

Esta cobertura não prevê franquia e/ou carência

Forma de Pagamento

O pagamento do Auxílio Funeral será feito através de reembolso dos valores gastos com o funeral, mediante apresentação das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas.

O pagamento do Auxílio Funeral não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais que possam ter sido contratadas.

▲ INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

Garante ao Passageiro o pagamento de uma indenização 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 com o Segurado**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado.

Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, o segurado será imediata e automaticamente cancelado, sendo devolvido o valor do prêmio eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, atualizado monetariamente.

Não restando 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.

Tabela de Cálculo da Indenização em 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 | | % 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 |
| 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 |
| | Surdez total incurável de um dos ouvidos | 20 |
| | Mudez incurável | 50 |
| | Fratura não consolidada do maxilar inferior | 20 |
| | Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral | 20 |
| | Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral | 25 |
| INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS SUPERIORES | 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 |
| | Fratura não consolidada de um dos segmentos tibia-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 1/2; dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo. | |
| | Encurtamento de um dos membros inferiores: | |
| | • de 5 centímetros ou mais | 15 |
| • de 4 centímetros | 10 | |
| • de 3 centímetros | 6 | |

| | | |
|--|---|----|
| | • menos de 3 centímetros | 0 |
| PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA | | |
| 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. | | |
| DIVERSAS | 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 |
| | Entrópio unilateral | 07 |
| Entrópio bilateral | 14 | |
| Má oclusão palpebral unilateral | 03 | |
| Má oclusão palpebral bilateral | 06 | |
| Ptose palpebral unilateral | 05 | |
| Ptose palpebral bilateral | 10 | |

| | | |
|--|--|----|
| PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA | | |
| 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. | | |
| DIVERSAS | 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 | 15 |
| | 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 | |

| PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA | |
|---|--|
| 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. | |
| DIVERSAS | 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 |
| | 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 | |

a) 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;

b) Na falta de indicação da percentagem de redução, e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento);

c) Em todos os casos de Invalidez Parcial não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão;

d) 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;

e) 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;

f) 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;

g) A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente;

h) A Invalidez Permanente por Acidente deve ser comprovada através de declaração médica que 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;

i) 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.

j) 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.

k) 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 cobertura não prevê franquia e/ou carência.

Forma de Pagamento

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia.

Reintegração de Garantia

Nos casos de Invalidez Parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem a cobrança de prêmio adicional.

▲ INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

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

habilitado. Caso o segurado também tenha contratado a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), na ocorrência de Invalidez Total do segurado, o mesmo terá o direito a receber 2 (duas) indenizações.

Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, o segurado será imediata e automaticamente cancelado, sendo devolvido o valor do prêmio eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, atualizado monetariamente.

Não restando 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 Total por Acidente, desde que seja definitivo o caráter da invalidez, a Seguradora pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

| 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 |

- 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 Total por Acidente;
- 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;
- A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente;**
- A Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser comprovada através de declaração médica que 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;
- 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.
- 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.**
- 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 cobertura não prevê franquia e/ou carência.

Forma de Pagamento

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia.

7.3 GARANTIAS ADICIONAIS

▲ DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

Garante o reembolso de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, efetuadas pelo Passageiro para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente, **decorrente exclusivamente, de acidente pessoal coberto**, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

Cabe ao Passageiro 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.

Possuindo o Passageiro mais de uma apólice na Seguradora ou em outra companhia, garantindo Despesas Médico-Hospitalares e odontológicas, 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 cobertura não prevê franquia e/ou carência.

Riscos Excluídos

Excluem-se da garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, além dos demais riscos constantes no item 16 desta Condição Geral, as despesas decorrentes de:

- a) estado de convalescença (após a alta médica);**
- b) despesas de acompanhantes;**
- c) aparelhos que se referem a órtese de qualquer natureza e próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.**

Forma de Pagamento

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

▲ DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO) – 2º RISCO DO DPVAT

Garante o reembolso das Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas efetuadas pelo Passageiro para o seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente, **decorrente exclusivamente, de acidente pessoal coberto**, de acordo com a modalidade contratada, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

Esta cobertura não prevê franquia e/ou carência.

Esta garantia somente responderá, em cada reclamação, pela parte da indenização que exceder aos limites vigentes na data do sinistro para esta garantia no Seguro Obrigatório de "Danos Corporais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre" - DPVAT - previstas no art. 2º da lei n.º 6.194, de 19/12/74, até o limite de capital segurado contratado para esta garantia.

Forma de Pagamento

O pagamento desta garantia será feito através de reembolso dos valores gastos com o tratamento, mediante apresentação do comprovante de recebimento do DPVAT e das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas, desde que o valor exceda o que já foi pago pelo DPVAT.

Excluem-se da garantia de Despesas Médico-Hospitalares – 2º risco do DPVAT, além dos demais riscos constantes no item 16 destas Condições Gerais, as despesas decorrentes de:

- a) estado de convalescença (após a alta médica);
- b) despesas de acompanhantes;
- c) aparelhos que se referem a órtese de qualquer natureza e próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

8. PRAZO DE VIGÊNCIA

A apólice de seguro tem vigência de 1 (um) ano, conforme estipulado no Contrato, com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas dos dias ali designados, sendo facultada ainda, a contratação do seguro por período inferior a 1 (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 das 24 (vinte e quatro) horas do dia da recepção da proposta pela Seguradora, desde que aceita pela mesma.

O início de vigência individual de cada Passageiro será sempre a partir do momento em que o passageiro, após haver adquirido a passagem, se encontrar no recinto da estação aguardando embarque, origem da viagem, estendendo-se aos lugares de paradas intermediárias e de transbordo de passageiros, e termina no momento em que o passageiro deixar a estação de desembarque ao chegar a seu destino final.

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

9. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO

Para contratação da Apólice de Seguro, deve ser preenchida e assinada a Proposta de Contratação pelo Estipulante, Sub-Estipulante e pelo Corretor, devendo ela ser entregue em um dos escritórios da Seguradora.

Os passageiros deverão preencher e assinar Proposta de Adesão para sua inclusão no seguro.

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

9.1. MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO

Este seguro poderá ser contratado somente na modalidade **Facultativa**, ou seja, quando o seguro for somente para os Passageiros que tiverem sua inclusão expressamente declarada e voluntária, mediante proposta de adesão, sendo um seguro de custeio contributivo.

10. ACEITAÇÃO DA APÓLICE DE SEGURO

A Seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se a respeito da Proposta de Contratação formulada pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante, a contar da data do respectivo protocolo de recebimento, ficando a aceitação do seguro sujeita a análise do risco, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

A Seguradora poderá solicitar documentos complementares 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. Se a solicitação de documento se der ao proponente, esta poderá ser feita apenas uma vez durante o referido prazo.

Em caso de não aceitação da proposta por parte da Seguradora, o Estipulante e/ou Sub-Estipulante será(ão) comunicado(s) 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 dias corridos.

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.

Após a emissão da Apólice, a aceitação de cada Passageiro será de forma automática, desde que manifestada o interesse de contratação pela Proposta de Adesão e o prêmio tenha sido pago. Para cada Passageiro incluído no seguro, será entregue no ato da compra um Certificado Individual de Seguro.

11. CAPITAL SEGURADO

O capital segurado poderá ser escolhido pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante, e constará no Contrato e Proposta de Contratação, somente podendo ser alterado com prévia concordância entre as partes contratantes, sendo expresso em moeda corrente nacional.

O capital segurado será Uniforme, isto é, quando o capital segurado individual é igual para todos os passageiros e tem seu valor fixado pelo Estipulante e /ou Sub-Estipulante na Proposta de Contratação, no Contrato, na Proposta de Adesão e no Certificado.

A Seguradora, em hipótese alguma, responderá por qualquer indenização superior à apurada na forma prevista neste item, ficando o Estipulante e/ou Sub-Estipulante como únicos responsáveis pelas diferenças que venham a pagar, amigavelmente ou cumprindo sentença judicial, aos passageiros acidentados ou aos seus beneficiários.

12. ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Toda e qualquer alteração de capital segurado nas apólices somente será realizada se solicitada expressamente pelo Estipulante e /ou Sub-Estipulante, por aditivo à apólice, ratificada pelo correspondente endosso e desde que aceita pela Seguradora.

As atualizações serão feitas, na renovação da apólice, com base na variação do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado no período e apurada 2 (dois) meses antes da referida renovação.

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

Toda e qualquer alteração será aplicada para novas adesões à apólice, não onerando os segurados que tenham Certificado com início de vigência anterior à data da alteração.

13. REVISÃO DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO

O capital segurado será estabelecido na Proposta de Contratação, no Contrato, podendo ser revisto a qualquer momento, a pedido do Estipulante e/ou Sub-Estipulante, conforme determinado no Contrato, desde que expressamente aceito pela Seguradora.

14. INCLUSÃO DE PASSAGEIROS

Constará na Proposta de Contratação e na Apólice, a seguinte forma:

a) Facultativa: quando o seguro abranger somente os Passageiros que tiverem sua inclusão expressamente declarada através de Proposta de Contratação.

15. RENOVAÇÃO DO SEGURO

Ao final da vigência, a Apólice de Seguro poderá ser renovada automaticamente 1 (uma) única vez e por igual período, salvo se a Seguradora ou Estipulante e/ou Sub-Estipulante comunicar desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.

Feita 1 (uma) renovação automática, as renovações seguintes poderão ter anuência expressa do Estipulante, Sub-Estipulante e/ou Corretor.

Ao final da vigência, o Certificado Individual de Seguro não será renovado, sendo necessário novo preenchimento de Proposta de Adesão.

16. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das informações descritas na definição de cada garantia, estão excluídos deste seguro:

a) os acidentes ocorridos em consequência:

a.1) do 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;

a.2) de 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 Passageiro 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;

a.3) de furacões, tufões, tornados, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

a.4) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto se a morte ou a incapacidade do Passageiro 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;

a.5) de atos ilícitos praticados pelo Segurado, pelo seu(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro;

a.6) Prática, por parte do Estipulante e/ou Sub-Estipulante, seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes de atos ilícitos ou contrários à lei;

b) 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;

c) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

d) Mutilação voluntária; exceto quanto relacionada à tentativa de suicídio;

e) Morte do Segurado provocada por epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;

f) Acidente involuntário de trânsito com a ausência de habilitação, autorização nos termos do CTB.

g) São excluídos deste seguro quaisquer acidentes que ocorrerem aos passageiros dos veículos, que forem postos em movimento ou guiados por motoristas que não tenham a devida carteira de habilitação, ressalvados os casos de força maior.

17. REGIME FINANCEIRO

Este plano de seguro é estruturado no regime financeiro de repartição simples e devido à natureza deste regime, não é devido a 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.

18. PROVA DO SEGURO

Para cada Passageiro incluído no seguro, será entregue no ato da compra um Certificado Individual de Seguro, que conterá os seguintes elementos mínimos:

- (i) Nome completo, CPF, data de nascimento;
- (ii) Prazo de Vigência;
- (iii) Coberturas e Capitais Segurados.
- (iv) Origem e Destino.

19. REAVALIAÇÃO E AJUSTE DE TAXA

Quando ocorrerem alterações substanciais na quantidade de adesões, nas apólices contratadas de acordo com a modalidade de inclusão Facultativa, que justifiquem a reavaliação de taxa, ou em função de desequilíbrio técnico atuarial, esta será recalculada com base na quantidade de adesões na data da avaliação, tomando-se por base o resultado efetivo do seguro e a previsão de custos da Seguradora para o novo período, conforme os critérios adiante descritos:

Periodicidade: a reavaliação de taxa será efetuada anualmente;

Período de Análise: os períodos de análise são cumulativos, ou seja, a análise do período atual deverá contemplar também as informações dos períodos anteriores, ficando limitado a uma quantidade de meses para análise indicada no Contrato.

Sinistralidade: quando o índice do sinistro/prêmio for superior àquele indicado como limite no Contrato, e ainda não tiver findado a vigência da apólice, a taxa será reajustada de forma que a análise cumulativa do período anterior somada à previsão dos próximos períodos, totalizando um 1 (ano) de vigência, leve a um índice de sinistralidade igual ou inferior ao índice limite estabelecido.

Caso seja necessário algum ajuste na taxa, a Seguradora informará ao Estipulante e/ou Sub-Estipulante as condições para as novas adesões, através de aditivo ou endosso à apólice, com antecedência de 30 (trinta) dias, e caso este não concorde expressamente, o seguro será cancelado.

20. CANCELAMENTO

A apólice poderá ser cancelada, cessando as coberturas contratadas pelo Segurado:

- a) A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes;
 - a.1) a sociedade Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;
 - a.2) quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a sociedade Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no **item 23**.
- b) Pela Seguradora ou pelo Estipulante ao fim do prazo de vigência da apólice, mediante aviso escrito e prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias;
- c) Quando, nas apólices contratadas de acordo com a modalidade de adesão facultativa, ocorrerem alterações substanciais na quantidade de adesões ou a natureza dos riscos vierem a sofrer alterações que a tornem incompatíveis com as condições mínimas de manutenção, e não haja acordo quanto ao reajuste de preços, mediante aviso escrito e prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo, pela Seguradora;
- d) Quando houver falta de pagamento da(s) parcela(s) do(s) prêmio(s) do seguro;

- e) Pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro;
- f) Quando forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas por parte do Estipulante e/ou Sub-Estipulante, seus prepostos ou seus beneficiários, que tenham influenciado na sua aceitação ou ainda na obtenção ou na majoração da indenização.
- g) Ao final de vigência da apólice de seguro respeitando ainda o período de cobertura correspondente ao prêmio pago.

A apólice de seguro não poderá ser cancelada durante seu período de vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

20.1. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A cobertura do seguro de cada Segurado cessa, além do disposto no item anterior, quando:

- a) Ocorrer o falecimento do Segurado;
- b) Ao fim do prazo de vigência do Certificado;
- c) Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, o segurado será imediata e automaticamente cancelado.

21. CUSTEIO DO SEGURO

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

22. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUB-ESTIPULANTE

Constituem obrigações do Estipulante e/ou Sub-Estipulante:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e a aceitação do risco, previamente estabelecidas por ela, incluindo os dados cadastrais;
- b) Manter a Seguradora informada a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro ou acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Deverão constar dos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos Segurados, explicitamente, os valores de prêmio do seguro, a Seguradora responsável pelo recebimento dos prêmios, e a informação, em destaque, de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do seguro;
- f) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- g) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice;
- h) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Sociedade Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitido para o Segurado;
- i) Comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro;
- j) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e dos prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- k) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- l) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- m) Informar o nome da Sociedade Seguradora, bem como o percentual de participação do risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
- n) Responder solidariamente com o Sub-Estipulante e, este com o Estipulante no caso de apólices caracterizadas pela contratação de diferentes subgrupos as responsabilidades e as obrigações provenientes deste seguro.

Fica expressamente vedado ao Estipulante e ao Sub-Estipulante:

- a) Cobrar dos Segurados taxa de inscrição ou de intermediação, ou quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;
- b) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem a prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;
- c) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes.

23. PAGAMENTO DO PRÊMIO

O pagamento do prêmio pelo Passageiro ao Estipulante e/ou Sub-Estipulante será à vista, e será pago à Seguradora da mesma forma, mensalmente de acordo com os prazos definidos no Contrato.

O prêmio do seguro será calculado considerando-se o capital segurado, as garantias contratadas e outros critérios eventualmente estabelecidos no Contrato.

Nos seguros coletivos contributários, se o Estipulante ou Sub-Estipulante deixar de repassar à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à garantia do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às imposições legais.

Quando a data limite para pagamento pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante à Seguradora 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 depois que o pagamento do prêmio for realizado à Seguradora, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite para pagamento prevista no respectivo documento de cobrança.

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 este já havia sido efetuado.

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

24. BENEFICIÁRIOS

É livre a indicação de beneficiários, por parte do Passageiro, 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 Passageiro 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 Passageiro, 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 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 no Contrato, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Passageiro, 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 Passageiro os privou de meios necessários para prover sua subsistência. Fora desses casos, será beneficiária a União, na forma da legislação em vigor.

25. INDENIZAÇÃO

Data do Evento

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro, para todas as coberturas descritas nessa Condição Geral: a data do acidente.

Acúmulo de Indenizações

As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam.

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

As indenizações por Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) – 2º risco DPVAT são cumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro.

Limite Máximo de Indenização

O limite máximo de indenização corresponde ao valor do capital segurado contratado, que constará na Apólice e na Proposta de Contratação.

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 submetidas a uma junta médica constituída de 3 (três) membros, devendo a Seguradora propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, tal Junta, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, 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.

Perda de Direito da Indenização

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

- a) Declarações falsas, inexatas, incompletas, ou omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio;
- 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 ou Passageiro, conforme dispõe o artigo 768 do Código Civil Brasileiro.

e) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário e/ou por seus representantes legais.

Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora poderá:

I - Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir 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 obriga-se 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 Sociedade 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 de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

Pagamento da Indenização

As indenizações, se devidas, serão pagas no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da data da entrega, para a Seguradora, de todos os documentos necessários à comprovação ou à elucidação do evento, atualizadas monetariamente pelo 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.

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

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

Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nesta cláusula, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no parágrafo anterior será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

Quando o prazo da liquidação de sinistro superar os prazos citados nos parágrafos anteriores, serão devidos juros moratórios equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à

Fazenda Nacional, contados a partir do primeiro dia posterior ao término deste prazo até a data de pagamento da respectiva indenização.

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

No caso de beneficiários com idade entre 16 (dezesesseis), inclusive, e 18 (dezoito) anos, exclusive, a indenização será paga a este, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiverem o poder familiar) ou, finalmente, por seu tutor ou curador.

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

26. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

26.1 AVISO DE SINISTRO

Ocorrido um evento previsto no Contrato de Seguro, este deverá ser comunicado de imediato para a Alfa Previdência e Vida S.A., por FAX, telegrama, e-mail ou carta, independentemente da remessa da documentação. Neste aviso, deverá conter as seguintes informações:

- (i) Nome do Estipulante e CPF ou CNPJ;
- (ii) Nome do Passageiro sinistrado e CPF;
- (iii) Número da apólice;
- (iv) Tipo do evento (Morte Acidental, Invalidez por Acidente, outros...)
- (v) Data efetiva do sinistro, ou seja, a data do acidente.

Em seguida, deverá ser entregue CÓPIA da documentação relacionada abaixo, com o formulário "Aviso de Sinistro", fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Passageiro ou seus beneficiários, com firma reconhecida deste.

A liquidação do sinistro ocorre no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do cumprimento de todas as exigências por parte do(s) segurado(s) ou do(s) beneficiário(s). Caso sejam necessários documentos complementares, este prazo é suspenso e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

26.2 DOCUMENTOS A SEREM ENVIADOS

▲ MORTE ACIDENTAL (MA)

- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do RG e CPF do Passageiro;
- Boletim de Ocorrência policial;
- Laudo Necroscópico ou Cadavérico elaborado pelo IML;
- Laudo de exame de dosagem alcoólica e toxicológico, se houver, caso a vítima/Passageiro seja o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Carteira Nacional de Habilitação, caso a vítima/Passageiro seja o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Laudo de Perícia Técnica (IC);
- Termo de Reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima;
- Documentos dos beneficiários,
- Documento do veículo sinistrado e CRV.

Para as garantias abaixo indicadas, será necessário o envio dos documentos descritos na cobertura de Morte Acidental, bem como os respectivos documentos adiante relacionados:

▲ MORTE ACIDENTAL – AUXÍLIO FUNERAL

- Notas Fiscais originais das despesas com o funeral do Segurado;
- RG, CPF e Comprovante de Residência Atual daquele que efetuou o referido pagamento.

Documentos dos beneficiários em caso de Morte Acidental

1. Quando houver indicação expressa (nome por extenso): o RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 (sessenta) dias.

Importante:

- a) Beneficiários com idade entre 16 (dezesesseis) e 17 (dezessete) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias deverão ser assistido por seu representante legal (pai/mãe ou quem estiver designado no Termo de Tutela). Desta forma, os documentos relacionados no respectivo item referem-se ao próprio beneficiário bem como ao seu tutor, o qual deverá dar quitação a qualquer indenização juntamente com o menor.
- b) Beneficiários menores de 16 (dezesesseis) anos deverão ser representados por seu representante legal (pai/mãe ou quem estiver designado no Termo de Tutela), assim acrescentar à documentação do beneficiário, RG, CPF e Comprovante de endereço atual do responsável, bem como cópia do documento que comprove a tutela.

2. Quando não houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário no Certificado de Seguro o pagamento da indenização é devido de acordo com o artigo 792 do Código Civil:

“Art.792: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se, por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do(a) segurado(a), obedecida a ordem de vocação hereditária (Art.1829)

Parágrafo único: Na falta das pessoas indicadas nesse artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do(a) segurado(a) os privou dos meios necessários à subsistência.”

Nesta situação, a declaração de únicos herdeiros é documento obrigatório, modelo que será fornecido pela seguradora/corretor:

- Segurado com cônjuge/companheira(o) e com filhos: Declaração cônjuge e filhos;
- Segurado sem cônjuge/companheira com filhos: Declaração de filhos;
- Segurado sem cônjuge/companheira (o) e sem filhos: Declaração Pais;
- Segurado com cônjuge/companheira e sem filhos: Declaração cônjuge e pais;
- Segurado com cônjuge/companheira, sem filhos e sem pais: Declaração cônjuge/companheiro juntamente com certidão de óbito dos pais do(a) segurado(a);
- Segurado sem filhos, sem pais e sem Cônjuge/companheiro: Declaração irmãos (uni e bilaterais) juntamente com certidão de óbito dos pais do(a) segurado(a);

Obs.: Em caso de beneficiários cuja situação não esteja acima indicada, os documentos necessários serão solicitados após análise da seguradora.

Documentos válidos para comprovação de companheirismo:

a) Companheiro(a): RG, CPF, Comprovante de Endereço e:

Em caso de 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 ou CTPS, outros);

- Comprovante de residência do(a) segurado(a) e do companheiro em comum, que comprove o vínculo associativo, a moradia de ambos na mesma residência;

Em caso de segurado viúvo:

- Certidão de Casamento atualizada do(a) segurado(a);
- Certidão de Óbito do cônjuge;
- 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 ou CTPS, outros);
- Comprovante de residência do(a) segurado(a) e do companheiro em comum, que comprove o vínculo associativo, a moradia de ambos na mesma residência;

Em caso de 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 ou CTPS, outros);
- Comprovante de residência do(a) segurado(a) e do companheiro em comum, que comprove o vínculo associativo, a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum se houver.

Em caso de segurado separado de fato (sem regularização judicial):

- Acordo entre as partes envolvidas (consignação administrativa) ou consignação judicial;
- Certidão de Casamento;
- 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 ou CTPS, outros);
- Comprovante de residência do(a) segurado(a) e do companheiro em comum, que comprove o vínculo associativo, a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum se houver.

▲ RELAÇÃO DE DOCUMENTOS VÁLIDOS PARA COMPROVANTE DE ENDEREÇO

1 – Pessoa Física

Para liquidação de sinistro é obrigatório a apresentação de cópia do RG, CPF e comprovante de endereço com data atualizada - máximo 60 (sessenta) dias - do beneficiário. Quando o beneficiário residir com os pais, será necessário o preenchimento do Formulário “DECLARAÇÃO DOS FILHOS” (modelo disponibilizado pela Alfa Seguradora).

Como comprovante de residência poderá ser aceito, desde que estejam em nome próprio com prazo não superior a 60 (sessenta) dias (da data do pagamento para beneficiários) um dos seguintes documentos:

- Contas de luz, ou de telefone fixo ou móvel, ou de IPTU, ou de gás, ou de água, ou ainda prestação de casa própria, ou outros tipos como, por exemplo: extrato de outro banco, fatura de cartão de crédito, carta do INSS.

Também poderá ser aceito:

- Fatura de Concessionárias de TV por assinatura / TV à Cabo (ex. NET, TVA, etc.) ou de fornecedoras de serviços de Banda Larga (ex.: A Jato, Virtua, Velox, etc) desde que referente ao último mês vencido, cujo extrato apresente registro de recebimento / pagamento do mês anterior;
- Certificado de Registro e Licenciamento de Veículo (CRVL) – Emitido pelo Detran, desde que dentro do exercício de licenciamento.

PARTICULARIDADES:

Residentes em imóveis alugados: deverá apresentar comprovante em nome do proprietário do imóvel, juntamente com a cópia do Contrato de Locação com firma reconhecida.

Residentes com os pais: deverá apresentar comprovante em nome do pai ou da mãe, se comprovado a filiação através dos nomes constantes na Carteira de Identidade. Essa alternativa é válida para filhos menores de 21 (vinte e um) anos; para maiores, deve-se apresentar a declaração de residência (modelo anexo), devidamente preenchida pelo proprietário com firma reconhecida.

Universitários residindo em república de propriedade da Universidade: apresentar declaração, em papel timbrado da Universidade.

Universitários residindo em repúblicas particulares ou pensões: apresentar declaração firmada pelo proprietário do imóvel juntamente com um dos comprovantes de endereço citados em nome do mesmo, observando-se que a declaração firmada pelo proprietário deverá ser autenticada em cartório.

Residentes com outras pessoas (cônjuges, companheiros (as), etc.): Clientes que residam em companhia de outra pessoa, que não possuam comprovante de endereço em seu nome, poderão apresentar comprovante de endereço em nome da pessoa com a qual residam, desde que seja comprovado o relacionamento existente entre elas. No caso de cônjuges, deverá apresentar a certidão de casamento.

Nos demais casos, quando não for possível comprovar o relacionamento, deverá ser preenchida a “DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA” (modelo Alfa) cujo modelo será fornecido pela seguradora / corretor, com firma reconhecida em cartório.

2 – Pessoa Jurídica

1. Formulário “REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS – PESSOA JURÍDICA”(modelo Alfa);
2. Cópia simples do cartão CNPJ/MF;
3. Cópia simples do Estatuto/Contrato Social;
4. Comprovante de endereço atualizado em nome do beneficiário.

▲ INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

- Formulário do Aviso de Sinistro preenchido pelo Passageiro; com reconhecimento de firma;
- Boletim de Ocorrência policial;
- Laudo de Exame de Corpo de Delito realizado pelo IML, quando existir;
- Carteira Nacional de habilitação, caso a vítima/Passageiro seja o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o Passageiro 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;
- Resultados de exames médicos realizados pelo Passageiro por ocasião do acidente;
- Carta de concessão de aposentadoria, bem como carnê/extrato de recebimento do pecúlio expedido pelo INSS, quando se tratar de Invalidez Total;
- Cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência do Passageiro;
- Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela, quando se tratar de alienação mental;
- Documento do veículo sinistrado e CRV.

▲ DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

- Aviso de Sinistro preenchido pelo Passageiro com reconhecimento de firma;
- Cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência do Passageiro;

- Boletim de Ocorrência policial;
- Comprovantes originais das despesas médicas, acompanhadas do pedido médico;
- Discriminação das despesas hospitalares e serviços complementares com valores individualizados;
- Descrição dos materiais e medicamentos utilizados com os respectivos valores unitários e receituário médico;
- Se estava dirigindo o veículo envolvido no acidente, CNH (Carteira Nacional de Habilitação);
- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o Passageiro foi socorrido;
- Laudo médico pormenorizado, constando diagnóstico, tratamentos realizados e alta médica definitiva ou previsão para conclusão do tratamento;
- Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal 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;
- Documento do veículo sinistrado e CRV.

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.

▲ DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO) – 2º RISCO DPVAT

Para esta garantia, será necessário o envio dos documentos descritos na cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas - DMHO, bem como os respectivos documentos adiante relacionados:

- Recibo de indenização do seguro de DPVAT.

26.3 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.

27. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

As disposições deste Contrato aplicam-se única e exclusivamente a sinistros ocorridos na América do Sul.

28. ALTERAÇÃO DE CONTRATO

Nenhuma alteração neste Contrato será válida se não for feita através de aditivo, por escrito e com a concordância expressa das partes contratantes.

29. PRESCRIÇÃO

Decorridos os prazos previstos pelo Código Civil Brasileiro, operar-se-á a prescrição.

30. FORO

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