

**CONDIÇÕES GERAIS
ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO**

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO DO SEGURO	2
CLÁUSULA 2ª - INFORMAÇÕES GERAIS	2
CLÁUSULA 3ª - DEFINIÇÕES.....	2
CLÁUSULA 4ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO	7
CLÁUSULA 5ª - GARANTIAS DO SEGURO.....	7
CLÁUSULA 6ª - RISCOS EXCLUÍDOS	8
CLÁUSULA 7ª - GRUPO SEGURÁVEL	9
CLÁUSULA 8ª - GRUPO SEGURADO.....	10
CLÁUSULA 9ª - ACEITAÇÃO E RENOVAÇÃO.....	10
CLÁUSULA 10ª - VIGÊNCIA E CANCELAMENTO	12
CLÁUSULA 11ª - VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	13
CLÁUSULA 12ª - CAPITAL SEGURADO	13
CLÁUSULA 13ª - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES.....	13
CLÁUSULA 14ª - PAGAMENTO DO PRÊMIO	14
CLÁUSULA 15ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA	16
CLÁUSULA 16ª - RESCISÃO E ALTERAÇÕES DA COBERTURA	16
CLÁUSULA 17ª - BENEFICIÁRIOS.....	16
CLÁUSULA 18ª - INCLUSÃO DE COMPONENTES	17
CLÁUSULA 19ª - OBRIGAÇÕES DO SEGURADO E PERDA DE DIREITOS	17
CLÁUSULA 20ª - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	18
CLÁUSULA 21ª - REINTEGRAÇÃO.....	19
CLÁUSULA 22ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	19
CLÁUSULA 23ª - DOCUMENTOS MÍNIMOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO	20
CLÁUSULA 24ª – SUSPENSÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	22
CLÁUSULA 25ª - FORO	23

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir, dentro dos limites e sob as Condições Gerais, Especiais e Particulares, o pagamento de uma indenização ao Segurado ou a seus beneficiários, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas durante o período de vigência da apólice, mediante o pagamento do prêmio correspondente, exceto se decorrentes de riscos excluídos.

CLÁUSULA 2ª - INFORMAÇÕES GERAIS

2.1. A aceitação deste seguro está sujeita à análise do risco.

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

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

2.5. Seguros Sura S/A - CNPJ: 33.065.699/0001-27

2.6. Ouvidoria 0800 704 7099 de segunda à sexta-feira das 8:30 às 17:00, por e-mail: ouvidoria@segurossura.com.br ou Caixa Postal 1903, CEP 20010-974.

2.4. Serão consideradas, em cada caso, somente as condições correspondentes às garantias contratadas, desprezando-se quaisquer outras.

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

2.6. As peças promocionais e de propaganda do produto só poderão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão desta Seguradora.

CLÁUSULA 3ª - DEFINIÇÕES

Para facilitar a compreensão das condições do seu seguro, apresentamos uma relação de definições dos principais termos técnicos utilizados:

3.1. ACIDENTE PESSOAL

3.1.1. 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 qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte ou Invalidez Permanente Total ou Parcial do segurado, ou que torne necessário o tratamento médico, incluindo-se nesse conceito:

- a) o suicídio ou a sua tentativa, se ocorridos após o 2º ano de vigência inicial do contrato;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

3.1.2. NÃO SE INCLUEM NESSE CONCEITO:

- a) 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) AS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;
- c) 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
- d) AS SITUAÇÕES RECONHECIDAS POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA E ASSEMELHADAS, COMO “INVALIDEZ ACIDENTÁRIA”, NAS QUAIS O EVENTO CAUSADOR DA LESÃO NÃO SE ENQUADRE INTEGRALMENTE NA CARACTERIZAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE PESSOAL, COMO DEFINIDO NO SUBITEM 3.1.1 ACIMA.

3.1.2. Além dos riscos constantes do subitem 3.1.1 acima, estão cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes;
- b) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- c) choque elétrico e queda de raio;
- d) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- e) tentativa de salvamento de pessoas ou de bens; e
- f) queda n’água ou afogamento.

3.2. APÓLICE

É o instrumento do contrato do seguro pelo qual a Seguradora formaliza a aceitação do seguro, definindo os valores e as condições pactuadas nessa aceitação.

3.3. AVISO DE SINISTRO

É a comunicação obrigatória e formal do Segurado à Seguradora da ocorrência de sinistro, assim que dele tenha conhecimento.

3.4. BENEFICIÁRIO

É a pessoa física ou jurídica a favor da qual é devida a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

O beneficiário pode ser determinado, quando declarado nominalmente na apólice, ou indeterminado quando desconhecido na formação do contrato, sendo este último sujeito à legislação vigente.

3.5. BOA FÉ

É a intenção pura, isenta de dolo ou engano, com que a pessoa realiza o negócio ou executa o ato, certa de que está agindo na conformidade do direito e, conseqüentemente, protegida pelos preceitos legais. É o princípio básico de qualquer contrato, principalmente do contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas.

3.6. CAPITAL SEGURADO

É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

3.7. CERTIFICADO INDIVIDUAL

É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou de prêmio.

3.8. COBERTURA/GARANTIA

É a proteção estabelecida na apólice de seguro para os riscos que se deseja segurar.

3.9. COMPONENTE/ SEGURADO PRINCIPAL

É a pessoa física habilitada a ser incluída na apólice de seguro.

3.10. COMPONENTE DEPENDENTE

Podem ser o cônjuge ou companheiro(a) do Segurado Principal e seus filhos, enteados ou os menores considerados dependentes econômicos do componente principal pela Legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social do Segurado Principal.

3.11. CONDIÇÕES GERAIS

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo produto, estabelecendo direitos e obrigações da Seguradora, do Segurado e dos beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

3.12. CONDIÇÕES CONTRATUAIS

É o conjunto de disposições que regem a contratação incluindo as constantes da proposta de contratação, do contrato de seguro, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, da proposta de adesão e do certificado individual.

3.13. CONDIÇÕES ESPECIAIS

É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que podem ser contratadas dentro de um mesmo produto.

3.14. CONTRATO DE SEGURO

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do seguro e fixa os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, dos Segurados e dos Beneficiários.

3.15. CORRETOR DE SEGUROS

É a pessoa física ou jurídica, legalmente autorizada a angariar e a intermediar contratos de seguro entre a Seguradora, o Estipulante e os Segurados.

3.16. DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

É o documento formal e legal incluso na proposta de adesão em que o proponente ou o Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde e das atividades praticadas e de seu cônjuge/companheiro (a), neste último caso, se aplicável, assinando e responsabilizando-se pela veracidade e detalhamento das informações prestadas na data da assinatura da proposta de adesão.

3.17. DOENÇA

É qualquer alteração no estado de saúde do Segurado que cause, mal, moléstia ou enfermidade, devidamente diagnosticada por um médico assistente.

3.18. DOENÇAS OU LESÕES PRE-EXISTENTES

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data da contratação do seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro.

3.19. EMOLUMENTOS

É o conjunto de despesas adicionais que a Seguradora cobra do Segurado, correspondentes às parcelas de impostos e outros encargos a que está sujeito o seguro, tal como custo de apólice.

3.20. ENDOSSO

É o documento emitido pela Seguradora que formaliza eventuais alterações na apólice de seguro vigente, previamente acordadas entre a Seguradora, o Estipulante e/ou o Segurado.

3.21. ESTIPULANTE

É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.

3.22. EVENTO COBERTO

É toda e qualquer ocorrência ou acontecimento durante a vigência da apólice, passível de ser indenizado pelo seguro, nos termos das condições contratadas.

3.23. FRANQUIA

É o valor estabelecido no contrato de seguro até o qual a Seguradora não se responsabiliza a indenizar o Segurado em caso de sinistro.

3.24. GRUPO SEGURADO

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

3.25. GRUPO SEGURÁVEL

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

3.26. INDENIZAÇÃO

É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

3.27. MÉDICO ASSISTENTE

É o profissional legalmente licenciado e habilitado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Seguradora.

3.28. PERÍODO DE COBERTURA INDIVIDUAL

É o período estipulado no Certificado Individual durante o qual o Segurado ou o(s) beneficiário(s), quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

3.29. PRÊMIO DO SEGURO

É o valor pago pelo Estipulante ou pelo Segurado à Seguradora destinado ao custeio do seguro.

3.30. PROPONENTE

É o interessado em aderir ao contrato de seguro.

3.31. 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 ao seguro, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

3.32. REGULAÇÃO DE SINISTRO

É o processo de avaliação das causas e efeitos que caracterizaram o sinistro em relação às coberturas contratadas, iniciado imediatamente após a comunicação do sinistro à Seguradora.

3.33. REINTEGRAÇÃO

É a recomposição do valor do capital segurado, após o pagamento de uma indenização.

3.34. RISCO EXCLUÍDOS

São aqueles riscos, previstos nas condições contratuais, que não serão cobertos pela apólice de seguro.

3.35. SEGURADO

É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

3.36. SEGURADORA

É a empresa autorizada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) a funcionar no Brasil como tal e que, recebendo o prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pela apólice.

3.37. SINISTRO

É a ocorrência de evento previsto e garantido no contrato de seguro, durante a sua vigência.

3.38. VIGÊNCIA

É o período pelo qual está contratada a apólice de seguro.

CLÁUSULA 4ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO

4.1. As garantias básicas e a garantias suplementar deste seguro, garantem cobertura para todos os acidentes ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição em contrário discriminada na proposta de seguro, nas condições especiais ou na especificação da respectiva apólice.

CLÁUSULA 5ª - GARANTIAS DO SEGURO

5.1. As garantias oferecidas por este seguro dividem-se em básicas e suplementares.

5.2. O seguro só poderá ser efetivado se houver, pelo menos, a contratação de uma das garantias básicas.

5.3. Garantias Básicas**5.3.1. Morte por Acidente (MA)****5.3.2. Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente (IPA)**

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO Processo SUSEP nº 10003496/01-54

Seguros SURA

Avenida das Nações Unidas, 12.995 – 4º andar – Brooklin Novo – São Paulo – SP – CEP 04578-000 Tel.: 11 3556 7000

www.segurossura.com.br

P a g . | 7

5.3.3. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)**5.4. Garantias Adicionais**

- 5.4.1. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMH)
- 5.4.2. Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA)
- 5.4.3. Diárias de Incapacidade Temporária (DIT)
- 5.4.4. Morte Acidental Vítima de Crime (MAVC)
- 5.4.5. Invalidez Permanente Total por Acidente Vítima de Crime (IPTAVC)
- 5.4.6. Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA)

5.5. Garantia Suplementar

- 5.5.1. Interrupção da Atividade Profissional
- 5.5.2. Inclusão Automática de Cônjuges
- 5.5.3. Inclusão Automática de Filhos
- 5.5.4. Auxílio Funeral
- 5.5.5. Auxílio Alimentação
- 5.5.6. Auxílio Alimentação – Supermercados
- 5.5.7. Auxílio Educação
- 5.5.8. Assistência Funeral
- 5.5.9. Despesas Diversas

5.6. Condições do Contrato

- 5.6.1. Renovação Automática
- 5.6.2. Distribuição de Excedente Técnico
- 5.6.3. Atualização Monetária do Capital Segurado
- 5.6.4. Suspensão da Cobertura Individual

CLÁUSULA 6ª - RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. ALÉM DOS RISCOS CONCEITUADOS NO SUBITEM 3.1.2., ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO SEGURO OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:

- a) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;
- b) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE TERRORISMO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, DE GUERRA CIVIL, DE GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DE ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO QUANDO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;
- c) DE ACIDENTES, DOENÇAS OU LESÕES PRÉ-EXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, DE CONHECIMENTO DO SEGURADO E NÃO DECLARADAS NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO, INCLUSIVE AS CONGÊNITAS;
- d) DE TUFÕES, FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO Processo SUSEP nº 10003496/01-54

Seguros SURA

Avenida das Nações Unidas, 12.995 – 4º andar – Brooklin Novo – São Paulo – SP – CEP 04578-000 Tel.: 11 3556 7000
www.segurossura.com.br

P a g . | 8

- e) DE ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, PELA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, PELA PRÁTICA DE ESPORTES OU POR ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;
- f) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO.

NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, ESTÃO EXCLUÍDOS TAMBÉM OS ACIDENTES

OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES E PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES; E

- g) DE EPIDEMIAS E PANDEMIAS, DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE.

6.2. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS NO SUBITEM ANTERIOR, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DESTE SEGURO: (ALTERADO)

- a) O SUICÍDIO OU A TENTATIVA DE SUICÍDIO, NOS PRIMEIROS 2 (DOIS) ANOS DE VIGÊNCIA INICIAL INDIVIDUAL DO CONTRATO OU DA SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO; E
- b) LESÃO INTENCIONALMENTE AUTO-INFLIGIDA OU QUALQUER OUTRO TIPO DE ATENTADO DESTE GÊNERO, RESSALVADA A COBERTURA DO SUICÍDIO OU SUA TENTATIVA APÓS OS 2 (DOIS) ANOS DA VIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO.

CLÁUSULA 7ª - GRUPO SEGURÁVEL

7.1. Os grupos são classificados de acordo com a natureza do vínculo entre os Componentes Principais e o Estipulante, a saber:

7.1.1. Classe A - Grupos constituídos exclusivamente por componentes de uma ou mais categorias específicas de empregados de um mesmo empregador.

Equipara-se ao empregador a entidade fechada de Previdência Privada.

O termo “Empregado” é extensivo aos dirigentes da empresa.

O seguro poderá abranger empresas filiadas ou subsidiárias, desde que esta ligação das empresas possa ser comprovada.

Não se equiparam a “Empregados” os aposentados pelo Estipulante, os estagiários e as pessoas que prestam serviços ao Estipulante, mesmo que de forma habitual e dentro das instalações controladas pelo mesmo, exceto se houver especificação em contrário na apólice.

NOTA: Os empregados inativos, ou seja, os afastados, somente poderão fazer parte do grupo segurável com anuência expressa da Seguradora.

7.1.2. Classe B - Grupos constituídos exclusivamente por membros de associações legalmente constituídas, em que o sistema de pagamento de prêmio seja exclusivamente o de desconto em folha de salários, ou de entidades de classes em que haja seleção profissional, não se exigindo, neste caso, necessariamente, o sistema de pagamento mediante desconto em folha.

Não se equiparam a “Associados” os aposentados pelo Estipulante, exceto se houver especificação em contrário na apólice.

7.1.3. Classe C - Grupos de pessoas vinculadas a pessoas jurídicas que admitam a estipulação de seguros através de seus estatutos ou de decisão administrativa.

São incluídos nesta classe os denominados Grupos Abertos, em que a vinculação do Segurado ao grupo se dá pela simples adesão ao respectivo plano.

7.2. É facultado à Seguradora solicitar, a qualquer tempo, a apresentação de documentos que comprovem as condições acima estabelecidas para enquadramento do grupo segurável.

CLÁUSULA 8ª - GRUPO SEGURADO

8.1. O Grupo Segurado compreenderá sempre um contingente mínimo dos Componentes do Grupo Segurável, de acordo com o seguinte critério:

8.1.1 Quando o seguro for pago unicamente pelo Estipulante, denominado “Não Contributário”, deverá participar da apólice a totalidade das pessoas seguráveis.

8.1.1.1. Não serão consideradas como pertencentes ao Grupo Segurado, as pessoas impedidas de serem seguradas e as que comprovadamente não desejarem participar do seguro.

8.1.2. Quando o seguro for pago parcial ou totalmente pelos componentes, denominado “Contributário”, os índices de adesão para aceitação e manutenção, deverá ser estabelecido para cada Grupo de Seguráveis.

8.1.2.1. Nos seguros “Contributários” em que o Grupo Segurável for suscetível de divisão em subgrupos expressamente determinados, e cuja definição conste da apólice, é permitida a realização do seguro para cada subgrupo, desde que, em cada um deles, seja observado o número mínimo de Segurados, o respectivo índice mínimo de adesão e demais condições de aceitação. A realização do seguro nestas condições constará da apólice e o início de cada subgrupo constituirá um Aditivo à mesma.

CLÁUSULA 9ª - ACEITAÇÃO E RENOVAÇÃO

9.1. A celebração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante recebimento por parte da Seguradora da proposta assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um deles, pelo corretor do seguro habilitado.

9.2. A adesão do Segurado à apólice deverá observar o seguinte procedimento:

- a) preenchimento e assinatura da proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o cliente declara ter conhecimento prévio da íntegra destas condições gerais.

9.2.1. Os portadores de deficiência deverão ressaltar na proposta de adesão o grau de invalidez pré-existente, para efeito de limitação da responsabilidade da Seguradora.

9.3. Para inclusão na apólice dos Componentes do Grupo Segurável, poderá a Seguradora abrir mão, no todo ou em parte, de prova de saúde através do preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde, conforme acordo celebrado entre as partes contratantes.

9.3.1. As DPS (Declaração Pessoal de Saúde) serão avaliadas e a Seguradora se reserva o direito de não aprovar a inclusão dos proponentes cujas declarações ou exames médicos eventualmente realizados não satisfizerem os parâmetros desejáveis de seleção da Seguradora.

9.3.2. Se assim o desejarem os empregados/associados que se aposentarem durante a vigência da apólice podem ser mantidos no seguro, até o final da sua vigência, sem redução de capital segurado.

9.4. As propostas, sejam para Seguros Novos ou para Renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco, estarão sujeitas ao prazo de 15 (quinze) dias contados da data do seu recebimento para serem formalmente recusadas por esta Seguradora, que apresentará os motivos que a levaram a recusar o risco.

Observação: Salvo estipulação expressa em cláusula particular incluída na apólice, a renovação deste seguro não é automática. Portanto, caso haja intenção de renovar o seguro, é necessária a apresentação de nova proposta de seguro, que poderá ser assinada pelo Estipulante do seguro, desde que não haja alteração com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou redução dos seus direitos. No caso de inclusão na apólice da cláusula particular de renovação automática, esta somente poderá ocorrer uma única vez.

9.5. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora no prazo previsto, caracterizará a aceitação da proposta.

9.6. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 9.4. ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação requerida.

A solicitação de documentos complementares pela Seguradora só poderá ocorrer uma única vez, durante este prazo.

9.7. No caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, esse valor é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela “pro-rata-temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura do seguro que corresponde o período entre a data de

recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

9.8. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução dos seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de, pelo menos, três quartos do grupo segurado.

9.8.1. No início do contrato do seguro e em cada uma das renovações subsequentes haverá obrigatoriamente a emissão e o envio de Certificado Individual de Seguro pela Seguradora.

9.9. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, o Estipulante será comunicado formalmente no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

CLÁUSULA 10ª - VIGÊNCIA E CANCELAMENTO

10.1. A Apólice, os Certificados Individuais de Seguro e os endossos terão início e término de vigência às 24 horas das datas para tal fim neles indicadas.

10.2. A apólice de seguro vigora pelo prazo definido na Especificação da Apólice, a partir das 24 horas da data de início como a seguir definida, salvo estipulação em contrário, e somente poderá ser cancelada, total ou parcialmente, excetuados os casos previstos em lei, por acordo entre as partes contratantes, com anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, observadas as seguintes condições:

- a) na hipótese de rescisão por iniciativa do Segurado, a Seguradora reterá, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto constante do subitem 14.9, da Cláusula 14ª – Pagamento do Prêmio.
Para prazos não previstos na tabela de prazo curto citada nesta alínea, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior.
- b) na hipótese de rescisão por proposta da Seguradora, esta reterá, do prêmio recebido, a parte proporcional ao tempo decorrido.

10.3. Para fins desse contrato, considera-se início de vigência da apólice a data para tal fim nela indicada e deverá observar:

- a) nos casos de propostas recebidas sem pagamento antecipado de prêmio: a data da aceitação da proposta pela Seguradora ou a data expressamente acordada entre as partes;
- b) nos casos de propostas recebidas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio: a data da recepção da proposta pela Seguradora.

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

CLÁUSULA 11ª - VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

11.1. A cobertura individual de cada Componente se efetiva a partir da data acordada entre as partes contratantes, observado o disposto no subitem 10.3 da Cláusula 10ª, e se mantém enquanto estiver sendo pago tempestivamente o prêmio do seguro na periodicidade especificada no Certificado do Seguro.

11.2. As datas de início e de término de vigência de cada cobertura individual estarão expressas nos respectivos certificados individuais.

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

CLÁUSULA 12ª - CAPITAL SEGURADO

12.1. O capital segurado de cada garantia contratada será expresso em moeda corrente nacional.

12.2. Para fins de determinação do capital segurado, quando da liquidação de sinistros, considera-se, como data do evento a data do acidente.

CLÁUSULA 13ª - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES

13.1. A Seguradora efetuará o pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o valor da obrigação pecuniária principal.

13.2. Para efeito de atualização monetária, a Seguradora corrigirá os valores devidos pela variação do INPC-IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação.

No caso de extinção do INPC-IBGE, a Seguradora passará a utilizar o IPC/FGV (Índice Geral de Preços ao Consumidor /Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice que venha a substituí-lo oficialmente.

13.3. Os valores devolvidos como previsto no subitem anterior serão, ainda, acrescidos dos juros moratórios contados a partir da data em que se tornarem exigíveis, equivalentes à taxa vigente para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

13.4. Para efeito do disposto nesta cláusula, consideram-se as seguintes datas de exigibilidade:

- a) para devolução de prêmio por recusa do risco ou por recebimento indevido do prêmio: a partir da data do recebimento do prêmio pela Seguradora;

- b) para devolução do prêmio por cancelamento do seguro por iniciativa do Segurado: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento;
- c) para devolução do prêmio por cancelamento do seguro por iniciativa da Seguradora: a partir da data do efetivo cancelamento; e
- d) para pagamento da indenização, na hipótese de não cumprimento do prazo previsto na Cláusula 22^a - Ocorrência do Sinistro, a partir da data do evento como definido no subitem 12.2. da Cláusula 12^a - Capital Segurado.

CLÁUSULA 14^a - PAGAMENTO DO PRÊMIO

14.1. Fica acordado que se ocorrer sinistro cuja cobertura esteja amparada pelo presente seguro, dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

14.2. Nos seguros parcelados, as prestações vincendas serão descontadas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento (juros), nos casos em que o sinistro acarretar indenização integral.

14.3. A periodicidade e o custeio do prêmio serão definidos no contrato de seguro.

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

14.5. Na possibilidade de o Segurado antecipar o pagamento do prêmio fracionado, total ou parcialmente, haverá redução proporcional dos juros pactuados.

14.6. O não-pagamento do prêmio à vista, nos seguros com pagamento único, ou o não-pagamento da primeira parcela, nos casos de seguros com prêmio fracionado, na data indicada na respectiva Nota de Seguro, implicará no cancelamento automático da apólice ou do aditivo, desde o seu início de vigência, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

14.7. No caso de cobrança do prêmio através de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo por cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento se ocorrer a perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado.

14.8. Na cobrança de prêmio mediante carnê, a Seguradora tomará as providências necessárias para que o Segurado receba o carnê de pagamentos até 30 (trinta) dias úteis antes da data de vencimento da primeira parcela do prêmio.

14.9. Nos seguros com prêmio fracionado, quando ocorrer o não-pagamento da parcela subsequente à primeira e/ou de outras parcelas posteriores àquela ora indicada, a vigência será ajustada, considerando-se a relação entre o prêmio efetivamente pago e o

valor do prêmio total anualizado devido na apólice ou no aditivo, de acordo com a seguinte tabela :

Relação entre Valor Pago e Valor devido (%)	Função aplicada sobre Vigência original	Relação entre Valor Pago e Valor devido (%)	Função aplicada sobre Vigência original
13	15	73	195
20	30	75	210
27	45	78	225
30	60	80	240
37	75	83	255
40	90	85	270
46	105	88	285
50	120	90	300
56	135	93	315
60	150	95	330
66	165	98	345
70	180	100	365

14.10. Se, da comparação do valor pago com o valor total anualizado devido na apólice ou aditivo, resultar percentual não previsto nesta tabela, o número de dias do prazo de vigência ajustado será o que corresponder ao percentual imediatamente superior.

14.11. Do carnê de pagamento de prêmios, a Seguradora fará constar a comunicação dos possíveis ajustamentos dos prazos de vigência do contrato, conforme estabelecido nos parágrafos anteriores.

14.12. O Segurado poderá restabelecer os efeitos da apólice ou aditivo pelo período inicialmente contratado, desde que retome o pagamento do prêmio devido, dentro do prazo estabelecido no parágrafo anterior, sendo facultado à Seguradora a cobrança de juros moratórios equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

14.13. Ao término do prazo estabelecido na Tabela acima sem que haja o restabelecimento facultado pelo parágrafo anterior, a apólice ou aditivo ficarão cancelados.

14.14. É vedado ao estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio de seguro, qualquer valor excedente ao fixado pela Seguradora e a ela devido; caso o estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

14.15. É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

14.16. O disposto nos subitens 14.2, 14.5, 14.9 a 14.13, não se aplica aos seguros cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

CLÁUSULA 15ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA

15.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado Principal cessa nas seguintes situações:

- a) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante;
- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte.

15.2. A cobertura de cada Segurado Dependente cessa nas seguintes situações:

- a) com o cancelamento da respectiva cláusula suplementar;
- b) com o cancelamento da cobertura do Segurado Principal;
- c) com a morte do Segurado Principal; e
- d) com a cessação da condição de dependente.

CLÁUSULA 16ª - RESCISÃO E ALTERAÇÕES DA COBERTURA

16.1. Nenhuma alteração na cobertura deste seguro será válida se não for feita, por escrito, com a concordância das partes contratantes.

16.1.1. As alterações promovidas no contrato durante a sua vigência e que impliquem em ônus ou dever para os Segurados ou que reduzam seus direitos, dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado existente na data da alteração.

16.2. Além dos casos previstos nas demais cláusulas destas Condições, a cobertura de cada Segurado será rescindida integralmente por Morte do mesmo.

16.2.1. Nos demais casos, a cobertura de cada Segurado será rescindida parcialmente, ficando nula a respectiva garantia, quando a indenização ou a soma das indenizações pagas atingirem ou ultrapassarem o capital segurado daquela garantia.

CLÁUSULA 17ª - BENEFICIÁRIOS

17.1. Serão os beneficiários do seguro:

- a) o próprio Segurado, nos casos de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente; e
- b) a pessoa indicada pelo Segurado para exercer essa condição, no caso de Morte.

17.2. O Segurado poderá substituir seus beneficiários, a qualquer tempo, desde que o faça por declaração escrita à Seguradora.

17.3. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária do seguro se ficar comprovado o legítimo interesse de a mesma figurar nessa condição.

17.4. Na falta de indicação expressa de beneficiário ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a indenização será paga na forma do que estabelece o Artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

17.5. No caso beneficiário menor de idade, o pagamento da indenização observará o disposto no Artigo 1690 do Código Civil Brasileiro.

CLÁUSULA 18ª - INCLUSÃO DE COMPONENTES

18.1. A inclusão dos Componentes Seguráveis, Principais e Dependentes, é feita mediante preenchimento e assinatura, pelos proponentes, da proposta de adesão. Cada Segurado receberá o respectivo Certificado Individual emitido pela Seguradora no início da cobertura individual e em cada uma das renovações, do qual constará os seguintes elementos mínimos:

- a) Data de início e de término de vigência da cobertura individual do Segurado Principal e dos Segurados Dependentes;
- b) Capital Segurado de cada cobertura relativa ao Segurado Principal e aos Segurados Dependentes; e
- c) Prêmio Total Individual.

CLÁUSULA 19ª - OBRIGAÇÕES DO SEGURADO E PERDA DE DIREITOS

19.1. O Segurado perderá direito à indenização se agravar intencionalmente o risco ou se por qualquer meio ilícito, procurar obter benefícios do presente contrato.

19.2. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que tome conhecimento, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

19.2.1. 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.

19.2.2. O cancelamento só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer e corrigida na forma do que dispõe a Cláusula 13ª - Atualização Monetária das Obrigações.

19.3. Se o Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários fizerem declarações inexatas, omitirem circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio ou agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante a sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

19.3.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá adotar os seguintes procedimentos:

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO Processo SUSEP nº 10003496/01-54

Seguros SURA

Avenida das Nações Unidas, 12.995 – 4º andar – Brooklin Novo – São Paulo – SP – CEP 04578-000 Tel.: 11 3556 7000
www.segurossura.com.br

19.3.1.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

- a) cancelar o seguro, após 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, cobrando a diferença de prêmio cabível deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao beneficiário, ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

19.3.1.3. 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.

CLÁUSULA 20ª - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

20.1. CONSTITUEM OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:

- a) FORNECER À SEGURADORA TODAS AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS PARA FINS DE ANÁLISE E ACEITAÇÃO DO RISCO, INCLUSIVE OS DADOS CADASTRAIS;
- b) NAS ALTERAÇÕES DA APÓLICE QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU REDUZAM OS SEUS DIREITOS, OCORRIDAS DURANTE A SUA VIGÊNCIA OU NO MOMENTO DA SUA RENOVAÇÃO, PROMOVER O RECOLHIMENTO DAS ASSINATURAS DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO.
- c) MANTER A SEGURADORA INFORMADA SOBRE POSSÍVEIS ALTERAÇÕES OCORRIDAS NAS INFORMAÇÕES ORIGINAIS;
- d) SEMPRE QUE SOLICITADO, PRESTAR INFORMAÇÕES AOS SEGURADOS RELATIVAS AO CONTRATO DO SEGURO;
- e) INCLUIR, NOS DOCUMENTOS RELATIVOS AOS PAGAMENTOS EFETUADOS PELOS SEGURADOS, AS SEGUINTE INFORMAÇÕES: O VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO, A RAZÃO SOCIAL DA SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DOS PRÊMIOS E A NOTÍCIA DE QUE O NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO PODERÁ OCASIONAR O CANCELAMENTO DA COBERTURA DO SEGURO;
- f) REPASSAR OS PRÊMIOS À SEGURADORA, NOS PRAZOS ESTABELECIDOS CONTRATUALMENTE, UMA VEZ QUE O NÃO ATENDIMENTO ACARRETEARÁ O CANCELAMENTO DA COBERTURA E SUJEITARÁ O ESTIPULANTE ÀS COMINAÇÕES LEGAIS;
- g) DAR CIÊNCIA AOS SEGURADOS DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS ESTIPULADOS PARA LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS;
- h) COMUNICAR, DE IMEDIATO, À SUSEP, QUAISQUER PROCEDIMENTOS QUE CONSIDERAR IRREGULAR QUANTO AO SEGURO CONTRATADO; E

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO Processo SUSEP nº 10003496/01-54

Seguros SURA

Avenida das Nações Unidas, 12.995 – 4º andar – Brooklin Novo – São Paulo – SP – CEP 04578-000 Tel.: 11 3556 7000

www.segurossura.com.br

P a g . | 18

- i) FORNECER À SUSEP QUAISQUER INFORMAÇÕES SOLICITADAS, DENTRO DO PRAZO POR ELA ESTABELECIDO.

CLÁUSULA 21ª - REINTEGRAÇÃO

21.1. Se durante a vigência deste seguro ocorrer um ou mais sinistros envolvendo a garantia especificada no subitem 21.2, o capital segurado correspondente à cobertura ficará reduzido do valor correspondente à indenização paga ou pendente, a partir da data do evento.

21.2. No caso de Invalidez Permanente Parcial por Acidente, o capital segurado será automaticamente reintegrado, sem cobrança de prêmio adicional, observado o disposto no subitem 16.2.1. da Cláusula 16ª - Rescisão e Alterações do Contrato.

CLÁUSULA 22ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

22.1. Ocorrendo um sinistro coberto por este seguro, o mesmo deve ser comunicado imediatamente à Seguradora pelo Segurado, seu representante legal ou pelos beneficiários do seguro, por meio do formulário AVISO DE SINISTRO ou por carta registrada ou telegrama, esclarecendo todas as circunstâncias a ele relacionadas.

22.2. Da comunicação deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

22.3. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para sua cura completa.

22.4. O Segurado ou beneficiário, para recebimento da indenização, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

22.5. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seus Beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

22.6 -Quando for o caso, eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

22.7. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento em parcela única da indenização, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos na Cláusula 23ª - Documentos Mínimos Necessários à Liquidação do Sinistro.

22.8. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora se reserva o direito de solicitar novos documentos e/ou informações complementares, necessários à análise do

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO Processo SUSEP nº 10003496/01-54

Seguros SURA

Avenida das Nações Unidas, 12.995 – 4º andar – Brooklin Novo – São Paulo – SP – CEP 04578-000 Tel.: 11 3556 7000

www.segurossura.com.br

P a g . | 19

sinistro. Caso haja solicitação de nova documentação o prazo para liquidação do sinistro sofrerá suspensão, assim, a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

22.9. O não pagamento do capital segurado no prazo previsto nos subitens 22.7 e 22.8, determinará sua correção de acordo com o que dispõe a Cláusula 13ª - Atualização Monetária das Obrigações.

CLÁUSULA 23ª - DOCUMENTOS MÍNIMOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

23.1. OS DOCUMENTOS A SEGUIR RELACIONADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS PARA O PROCEDIMENTO DA REGULAÇÃO DO SINISTRO.

ASSIM, CONFORME A NATUREZA DO EVENTO, O AVISO DE SINISTRO ENCAMINHADO À SEGURADORA, DEVERÁ SER ACOMPANHADO DOS SEGUINTE DOCUMENTOS, ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS:

23.1.1 NOS CASOS DE MORTE ACIDENTAL

- **FORMULÁRIO "AVISO DE SINISTRO", TOTALMENTE PREENCHIDO;**
- **RE DO FGTS (RELAÇÃO DE EMPREGADOS DO FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO): CONSTANDO TODOS OS FUNCIONÁRIOS DA EMPRESA – MATRIZ E FILIAIS, REFERENTE AO MÊS DE COMPETÊNCIA IMEDIATAMENTE ANTERIOR AO DO SINISTRO;**
- **RG OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO E CPF DO SEGURADO;**
- **RESCISÃO CONTRATUAL;**
- **CERTIDÃO DE ÓBITO;**
- **CERTIDÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA EMITIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL;**
- **LAUDO DE NECRÓPSIA OU CADAVERÍCO ;**
- **CÉDULA DE IDENTIDADE E CPF DO SINISTRADO.**

OBSERVAÇÃO: PODERÃO SER NECESSÁRIOS, AINDA, OS SEGUINTE DOCUMENTOS:

- **CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CNH) DO CONDUTOR DO VEÍCULO;**
- **LAUDO DE EXAME TOXICOLÓGICO E/OU TEOR ALCOÓLICO DO CONDUTOR DO VEÍCULO;**
- **CERTIDÃO/LAUDO EXPEDIDA PELO INSTITUTO DE POLÍCIA TÉCNICA OU INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA;**
- **COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO SEGURADO (CONTAS DE CONCESSIONÁRIAS DE SERVIÇOS EMITIDAS ATÉ TRÊS MESES ANTERIORES À DATA DO SINISTRO)**
- **COMUNICAÇÃO AO INSS, QUANDO SE TRATAR DE ACIDENTE DE TRABALHO.**

23.1.2. NOS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

- **FORMULÁRIO "AVISO DE SINISTRO E RELATÓRIO MÉDICO", TOTALMENTE PREENCHIDO E ASSINADO PELO SEGURADO E PELO MÉDICO ASSISTENTE, ACOMPANHADO DOS EXAMES REALIZADOS PARA CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO;**
- **RE DO FGTS (RELAÇÃO DE EMPREGADOS DO FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO): CONSTANDO TODOS OS FUNCIONÁRIOS DA EMPRESA – MATRIZ E FILIAIS, REFERENTE AO MÊS DE COMPETÊNCIA IMEDIATAMENTE ANTERIOR AO DO SINISTRO;**
- **RG OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO E CPF DO SEGURADO;**
- **CÉDULA DE IDENTIDADE E CPF DO SINISTRADO.**

OBSERVAÇÃO: PODERÃO SER NECESSÁRIOS, AINDA, OS SEGUINTE DOCUMENTOS:

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO Processo SUSEP nº 10003496/01-54

- **CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CNH), DO CONDUTOR DO VEÍCULO;**
- **LAUDO DE EXAME TOXICOLÓGICO E/OU TEOR ALCOÓLICO, DO CONDUTOR DO VEÍCULO;**
- **CERTIDÃO/LAUDO EXPEDIDA PELO INSTITUTO DE POLÍCIA TÉCNICA OU INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA;**
- **COMUNICAÇÃO AO INSS, QUANDO SE TRATAR DE ACIDENTE DE TRABALHO.**

NOTA 1 : A INVALIDEZ SÓ SE CARACTERIZA COM A CONCLUSÃO DE TODO E QUALQUER TRATAMENTO VISANDO A RECUPERAÇÃO DO SEGURADO.

NOTA 2 : TRATANDO-SE DE INCAPACIDADE QUE RESULTE NA IMPOSSIBILIDADE DO SEGURADO RECEBER INDENIZAÇÃO E DAR QUITAÇÃO AO PAGAMENTO, DEVERÁ SER APRESENTADA A CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO JUDICIAL E A RESPECTIVA NOMEAÇÃO DO "CURADOR".

23.1.3. Nos casos de Morte de Cônjuge

- **Formulário “Aviso de Sinistro e Relatório Médico”, preenchido e assinado pelo Segurado Principal e pelo Médico Assistente;**
- **Certidão de Óbito;**
- **Certidão de Casamento, recentemente extraída em Cartório;**
- **Cédula de Identidade e CPF do Segurado Principal;**
- **RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço): constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;**
- **Cédula de Identidade e CPF do sinistrado.**

Observação: Tratando-se de morte por acidente, deverão ser apresentados os demais documentos mencionados para os casos de Morte Acidental.

23.1.4. Nos casos de Morte de Filho

- **Formulário “Aviso de Sinistro e Relatório Médico”, preenchido e assinado pelo Segurado Principal e pelo Médico Assistente;**
- **Certidão de Nascimento;**
- **Comprovantes das despesas com funeral (Recibos e/ou notas fiscais quitadas), no caso de morte de filho com idade inferior a 14 (quatorze) anos;**
- **RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço): constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;**
- **Cédula de Identidade e CPF do Segurado Principal.**

23.1.5. Nos casos de Morte de Pai ou Sogro

- **Formulário “Aviso de Sinistro e Relatório Médico”, preenchido e assinado pelo Segurado Principal e pelo Médico Assistente;**
- **Certidão de Óbito;**
- **Cédula de Identidade e CPF do Segurado Principal;**
- **RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço): constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;**
- **Cédula de Identidade e CPF do sinistrado.**
- **Certidão de nascimento do segurado.**

Observação: Tratando-se de morte por acidente, deverão ser apresentados os demais documentos mencionados para os casos de Morte Acidental.

23.2. COMPROVAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS:

23.2.1. PARA OS PAIS

- CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO SEGURADO;
- CERTIDÃO DE CASAMENTO DOS PAIS;
- CÉDULAS DE IDENTIDADE DOS PAIS;
- CPF - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE.

23.2.2. PARA O CÔNJUGE

- CERTIDÃO DE CASAMENTO (RECENTEMENTE EXTRAÍDA EM CARTÓRIO);
- CÉDULA DE IDENTIDADE;
- CPF - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE.

23.2.3. PARA OS COMPANHEIROS

- CARTA DE CONCESSÃO DE PENSÃO DO INSS OU REGISTRO DE DEPENDÊNCIA NA CTPS (CARTEIRA DE TRABALHO)
- CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO DE AMBOS (SEGURADO E BENEFICIÁRIO) COM AVERBAÇÃO DE SEPARAÇÃO JUDICIAL.
- CÉDULA DE IDENTIDADE;
- CPF - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

23.2.4. PARA OS FILHOS

- CERTIDÃO DE NASCIMENTO (FILHOS MENORES DE 16 ANOS)
- CÉDULA DE IDENTIDADE E CPF (FILHOS MAIORES DE 16 ANOS)

FILHOS MAIORES DE 16 E MENORES DE 21 ANOS DEVERÃO SER ASSISTIDOS PELO RESPONSÁVEL DIRETO OU POR REPRESENTANTE LEGAL E, NESTE CASO, DEVERÃO SER APRESENTADOS OS SEGUINTE DOCUMENTOS:

CÉDULA DE IDENTIDADE E CPF (CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE) DO REPRESENTANTE LEGAL, QUANDO ESTE FOR PESSOA DIFERENTE DE PAI OU MÃE SOBREVIVENTE, ACOMPANHADO DO RESPECTIVO DOCUMENTO JUDICIAL CONFERINDO O STATUS DE TUTOR OU CURADOR DOS MENORES.

CLÁUSULA 24ª – SUSPENSÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

24.1. Nos seguros cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal, o não pagamento do prêmio nos prazos estipulados nas condições contratuais acarretará na imediata suspensão da cobertura deste seguro, não se responsabilizando esta Seguradora por qualquer sinistro ocorrido durante o período de inadimplência.

24.2. O prazo máximo de suspensão da cobertura do seguro é de 90 (noventa) dias.

24.2.1. Decorrido esse prazo sem que o Segurado retome o pagamento do prêmio para o período a decorrer, o respectivo Certificado de Segurado ficará cancelado.

CLÁUSULA 25ª - FORO

25.1. As questões judiciais, entre Segurado ou beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme e caso.

25.2. Na hipótese de inexistência de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

CLÁUSULA 26ª - PRESCRIÇÃO

26.1. A prescrição, ou sua interrupção, será regulada pelo Código Civil Brasileiro.

CLÁUSULA ESPECIAL

COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETO DA COBERTURA:

A presente cobertura garante o pagamento de uma indenização aos beneficiários do Segurado caso este venha a falecer em decorrência de acidente pessoal coberto, durante a vigência deste contrato.

2. RISCOS EXCLUÍDOS:

Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 3.1.2. da Cláusula 3ª - Definições e na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

3. SEGURADOS MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS:

3.1. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas realizadas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, observando:

- a) inclui-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado; e
- b) não estão garantidas por esta cláusula as despesas efetivadas com a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

4.1. As indenizações pagas por esta Garantia e pela Garantia Adicional de Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam.

4.2. Se, em consequência de um mesmo evento, o beneficiário da Garantia de Invalidez Permanente por Acidente vier a falecer, a importância já paga pela invalidez será deduzida da indenização devida por sua morte.

5. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cobertura Básica.

CLÁUSULA ESPECIAL

COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão na apólice desta Cláusula e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora se obriga a pagar uma indenização ao Segurado ou a seu Representante Legal, limitada ao capital segurado estipulado na apólice para esta cobertura, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por um Acidente Pessoal coberto.

1.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO Processo SUSEP nº 10003496/01-54

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio- ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.		
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio- peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um 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 (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10	
- de 3 (três) centímetros	6	
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização		
PERDA DO 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.		
	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimento Em grau mínimo	5

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO Processo SUSEP nº 10003496/01-54

DIVERSAS	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações degustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS	
	Unilateral	7
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	LESÕES DA PÁLPEBRA	
	Ectrópio unilateral	3
	Ectrópio bilateral	6
	Entrópio unilateral	7
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total das duas orelha	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 UM RIM ÚNICO	
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	5
Perda de dois testículos	15	
Amputação traumática do pênis	40	
Perda de um ovário	5	
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 à deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
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
FÍGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	5

1.2.1. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela acima para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

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

1.2.3. Nos casos de invalidez parcial não especificados na tabela acima, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

1.2.4. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao Segurado, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

1.2.4.1. A junta médica tratada neste subitem será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

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

1.2.4.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

1.2.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

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

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS:

Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 3.1.2. da Cláusula 3ª - Definições e na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

O capital segurado garantido por esta Cláusula se equivale ao percentual estabelecido na apólice do capital segurado da Cobertura de Morte Acidental.

4. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

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 será deduzida do valor do capital segurado por morte por acidente.

5. CONCESSÃO DA COBERTURA

Esta Cobertura só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado.

6. SEGURO DE PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

O Segurado portador de deficiência física deverá declarar expressamente o grau de invalidez preexistente na Declaração Pessoal de Saúde (D.P.S.) constante na proposta de adesão.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cobertura Básica.

CLÁUSULA ESPECIAL

COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão na apólice desta Cláusula e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora se obriga a pagar uma indenização ao Segurado ou ao seu Representante legal, limitada ao capital segurado estipulado na apólice para esta cobertura, relativa à perda ou à impotência funcional total definitiva de um membro ou órgão por lesão física, causada por um Acidente Pessoal coberto.

1.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENT E	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURAD O
T O T A L	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

1.2.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao passageiro, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

1.2.1.1. A junta médica tratada neste subitem será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

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

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO Processo SUSEP nº 10003496/01-54

Seguros SURA

Avenida das Nações Unidas, 12.995 – 4º andar – Brooklin Novo – São Paulo – SP – CEP 04578-000 Tel.: 11 3556 7000

www.segurossura.com.br

P a g . | 31

1.2.1.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

1.2.2. Ainda que do mesmo acidente resulte invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização total será de 100% (cem por cento).

2. RISCOS EXCLUÍDOS:

Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 3.1.2. da Cláusula 3ª - Definições e na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

O capital segurado garantido por esta Cláusula se equivale ao percentual estabelecido na apólice do capital segurado da Cobertura de Morte Acidental.

4. CONCESSÃO DA COBERTURA

Esta Cobertura Básica só poderá se concedida para a totalidade do Grupo Segurado.

5. SEGURO DE PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

O Segurado portador de deficiência física deverá declarar expressamente o grau de invalidez preexistente na Declaração Pessoal de Saúde (D.P.S.) constante na proposta de adesão.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cobertura Básica.

CLÁUSULA ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1. OBJETO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga a reembolsar, até o limite do capital segurado definido na apólice, as despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado, para seu tratamento, sob orientação médica, realizado em consequência de acidente coberto, desde que iniciado no máximo até 30 (trinta) dias contados da data de ocorrência do mesmo.

1.1.1. Estão abrangidas por esta Garantia as Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, as Diárias Hospitalares, inclusive UTI's e CTI's, a critério médico, que o segurado efetuar para o seu restabelecimento, em consequência de acidente coberto.

1.2. Fica garantida ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

Desde que preservada a liberdade de escolha do Segurado, poderá a Seguradora apresentar lista de prestadores de serviços médicos e odontológicos conveniados, com o objetivo de facilitar o atendimento ao Segurado.

1.3. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura vigente.

2. RISCOS EXCLUÍDOS:

2.1. Além das exclusões previstas no subitem 3.1.2. da Cláusula 3ª - Definições e na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, não estão abrangidas por esta garantia, mesmo que em consequência de acidente coberto, as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e dietas especiais;**
- b) despesas com acompanhantes de Segurados com idade superior a 18 (dezoito) anos em regime de internação hospitalar;**
- c) tratamento ministrado pelo Estipulante ou por pessoa empregada ou assalariada do mesmo;**
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, bem como tratamentos experimentais e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Cirurgia;**
- e) cirurgias plásticas restauradoras que não sejam decorrentes de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro;**
- f) despesas com aquisição de materiais de osteossíntese (síntese óssea), tais como: placas, hastes, parafusos, pinos, fios metálicos, entre outros.**
- g) despesas como aquisição de órteses, próteses (salvo as próteses pela perda de dentes naturais), muletas, imobilizador sintético, gesso sintético (somente**

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO Processo SUSEP nº 10003496/01-54

Seguros SURA

Avenida das Nações Unidas, 12.995 – 4º andar – Brooklin Novo – São Paulo – SP – CEP 04578-000 Tel.: 11 3556 7000

www.segurossura.com.br

P a g e | 33

- autorizado gesso sintético se o usuário for alérgico a outro material, mediante relatório médico), cadeira de rodas, artefatos dentários, entre outros;
- h) despesas com materiais, medicamentos e equipamentos não considerados essenciais para o procedimento cirúrgico;**
 - i) enfermagem de caráter particular em residência, mesmo que a condição do paciente exija cuidados especiais e/ou extraordinários;**
 - j) despesas extraordinárias, tais como: telefonemas, gorjetas, frigobar, danos a objetos, etc.; e**
 - k) estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, mesmo por indicação médica.**

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

Esta Cobertura Adicional só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica

4. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cobertura Adicional.

CLÁUSULA ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA, EXCLUSIVAMENTE POR ACIDENTE

1. OBJETO DA COBERTURA

Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga a pagar diárias por incapacidade temporária ao Segurado, observados os conceitos aplicados a esta garantia conforme item 2 abaixo, que, em decorrência exclusivamente de acidente pessoal coberto, ficar afastado, contínua e ininterruptamente, do exercício de sua atividade profissional, durante o período que se encontrar sob tratamento médico.

2. CONCEITOS APLICADOS A ESTA COBERTURA:

2.1. Franquia:

É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção das diárias.

A franquia é dedutível, por evento.

2.2. Limite de Diárias:

É a quantidade máxima de diárias que o Segurado fará jus, conforme estipulado na Especificação da Apólice, a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento das suas atividades profissionais, por evento.

2.3. Atividade Profissional:

É a ocupação declarada pelo Segurado, reconhecida legalmente, da qual ele aufera sua renda e provém seu sustento.

3. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE

3.1. Para efeito de definição da incapacidade temporária do Segurado, a Seguradora poderá dispor de auditoria médica.

3.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista nestas condições, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

3.2.1. A junta médica tratada neste subitem será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

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

3.2.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

4. PAGAMENTO DO BENEFÍCIO

4.1. O valor unitário de cada diária a ser paga está estipulado na apólice.

4.2. Com base na comunicação e comprovantes do sinistro de acordo com a Cláusula 23ª - Documentos Mínimos Necessários em Caso de Sinistro, das Condições Gerais e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária do Segurado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias conforme abaixo indicado:

4.2.2. Mensalmente, pelo período relativo aos dias consecutivos e ininterruptos de afastamento, que se inicia no 16º (décimo sexto) dia.

4.2.2.1. Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados quinzenalmente pela Seguradora, tomando-se por base o Relatório Médico atualizado que deverá ser entregue pelo Segurado a cada 15 (quinze) dias.

4.2.2.2. Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora, depois de devidamente confirmada a cobertura do sinistro, providenciará um único pagamento do valor devido pelo período de afastamento.

4.3. Nos casos de múltiplas lesões, consequentes do mesmo evento, a Seguradora reconhecerá o mais grave entre eles que, para fins desta Cláusula, será aquele que determinar o maior período de incapacidade temporária do Segurado de exercer sua atividade profissional, não havendo acumulação de valor das diárias.

4.4. Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de outro evento.

Um novo evento só será reconhecido pela Seguradora, se a sua ocorrência for em data posterior à data do relatório de alta definitiva do médico assistente em relação ao evento anterior.

4.5. A cessação do pagamento das diárias ocorrerá por alta médica ou por utilização do limite de diárias estabelecido no contrato, o que ocorrer primeiro.

4.6. Se no período máximo de 01 (um) ano, a contar da data do evento que originou o afastamento, for constatada invalidez permanente total do Segurado, por acidente, do capital segurado devido pela Garantia de Invalidez Permanente por Acidente, será deduzido o valor correspondente às diárias de incapacidade temporária recebidas pelo Segurado até a data da confirmação da invalidez permanente.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 3.1.2. da Cláusula 3ª - Definições e na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO Processo SUSEP nº 10003496/01-54

Seguros SURA

Avenida das Nações Unidas, 12.995 – 4º andar – Brooklin Novo – São Paulo – SP – CEP 04578-000 Tel.: 11 3556 7000

www.segurossura.com.br

P a g . | 36

6. CONCESSÃO DA COBERTURA

Esta Cobertura Adicional só poderá ser concedida se a apólice estabelecer, também, a Garantia de Invalidez Permanente por Acidente.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cobertura Adicional.

CLÁUSULA ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. OBJETO DA COBERTURA

Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga a pagar diárias por incapacidade temporária ao Segurado, observados os conceitos aplicados a esta garantia conforme item 2 abaixo, que, por motivo de doença ou de acidente pessoal coberto, ficar afastado, contínua e ininterruptamente, do exercício de sua atividade profissional, durante o período que se encontrar sob tratamento médico.

2. CONCEITOS APLICADOS A ESTA COBERTURA:

2.1. Franquia:

É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção das diárias.

A franquia é dedutível, por evento.

2.2. Carência:

É o período de dias estipulado na apólice, contados do início de vigência desta cobertura, durante o qual o Segurado não terá direito à garantia concedida pela presente cláusula, nos casos de afastamento da atividade profissional por doença.

A carência não se aplica aos sinistros decorrentes de acidente pessoal.

2.3. Limite de Diárias:

É a quantidade máxima de diárias que o Segurado fará jus, conforme estipulado na Especificação da Apólice, a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento das suas atividades profissionais, por evento.

2.4. Atividade Profissional:

É a ocupação declarada pelo Segurado, reconhecida legalmente, da qual ele auferir sua renda e provém seu sustento.

3. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE

3.1. Para efeito de definição da incapacidade temporária do Segurado, a Seguradora poderá dispor de auditoria médica.

3.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista nestas condições, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

3.2.1. A junta médica tratada neste subitem será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO Processo SUSEP nº 10003496/01-54

Seguros SURA

Avenida das Nações Unidas, 12.995 – 4º andar – Brooklin Novo – São Paulo – SP – CEP 04578-000 Tel.: 11 3556 7000

www.segurossura.com.br

P a g . | 38

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

3.2.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

4. PAGAMENTO DO BENEFÍCIO

4.1. O valor unitário de cada diária a ser paga está estipulado na apólice.

4.2. Com base na comunicação e comprovantes do sinistro de acordo com a Cláusula 23ª - Documentos Mínimos Necessários em Caso de Sinistro, das Condições Gerais e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária do Segurado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias conforme abaixo indicado:

4.2.2. Mensalmente, pelo período relativo aos dias consecutivos e ininterruptos de afastamento, que se inicia no 16º (décimo sexto) dia.

4.2.2.1. Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados quinzenalmente pela Seguradora, tomando-se por base o Relatório Médico atualizado que deverá ser entregue pelo Segurado a cada 15 (quinze) dias.

4.2.2.2. Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora, depois de devidamente confirmada a cobertura do sinistro, providenciará um único pagamento do valor devido pelo período de afastamento.

4.3. Nos casos de múltiplas lesões, consequentes do mesmo evento, a Seguradora reconhecerá o mais grave entre eles que, para fins desta Cláusula, será aquele que determinar o maior período de incapacidade temporária do Segurado de exercer sua atividade profissional, não havendo acumulação de valor das diárias.

4.4. Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de outro evento.

Um novo evento só será reconhecido pela Seguradora, se a sua ocorrência for em data posterior à data do relatório de alta definitiva do médico assistente em relação ao evento anterior.

4.5. A cessação do pagamento das diárias ocorrerá por alta médica ou por utilização do limite de diárias estabelecido no contrato, o que ocorrer primeiro.

4.6. Se no período máximo de 01 (um) ano, a contar da data do evento que originou o afastamento, for constatada invalidez permanente total do Segurado, por acidente ou doença, do capital segurado devido pela garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença ou pela Garantia de Invalidez Permanente por Acidente, será deduzido o valor correspondente às diárias de incapacidade temporária recebidas pelo Segurado até a data da confirmação da invalidez permanente.

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO Processo SUSEP nº 10003496/01-54

Seguros SURA

Avenida das Nações Unidas, 12.995 – 4º andar – Brooklin Novo – São Paulo – SP – CEP 04578-000 Tel.: 11 3556 7000

www.segurossura.com.br

P a g . | 39

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 3.1.2. da Cláusula 3ª - Definições e na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

6. CONCESSÃO DA COBERTURA

Esta Cobertura Adicional só poderá ser concedida se a apólice estabelecer, também, as Coberturas de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e de Invalidez Permanente por Acidente.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cobertura Adicional.

CLÁUSULA ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL MORTE ACIDENTAL VÍTIMA DE CRIME

1. OBJETIVO :

1.1. Esta cláusula adicional, quando contratada, integra as Condições Gerais e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Morte Acidental Vítima de Crime. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga a pagar ao(s) beneficiário(s) do Segurado, em caso de sua morte por acidente coberto, uma indenização adicional, limitada ao capital segurado estipulado na apólice para esta Cobertura Adicional, observadas as seguintes condições.

2. DEFINIÇÕES :

2.1. Para fins desta cobertura entende-se como Crime a violação culpável da lei penal.

2.1.1. Nesse conceito estão incluídos os crimes contra a vida (homicídio) e os crimes contra a incolumidade pública (acidentes de trânsito e atropelamento).

2.2. Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições constantes Cláusula 3ª - Definições das Condições Gerais.

3. GARANTIA :

3.1. A presente cobertura adicional, desde que contratada e pago o prêmio adicional correspondente, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) do Segurado em caso de sua morte causada por crime, uma indenização adicional, limitada ao capital segurado estipulado na apólice para esta Cobertura Adicional, exceto se decorrente dos riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula e das Condições Gerais do Seguro.

3.2. Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas, entretanto, as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

5. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro coberto pela presente garantia deverá ser apresentada, além daqueles previstos nas Condições Gerais para a Garantia de Morte Acidental, cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial.

6. RATIFICAÇÃO:

6.1. Ratificam-se os demais itens das Condições Gerais que não foram alterados pela presente cláusula especial.

CLÁUSULA ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE VÍTIMA DE CRIME

1. OBJETIVO

1.1. Esta cláusula adicional, quando contratada, integra as Condições Gerais e tem por objetivo incluir neste seguro a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente Vítima de Crime.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para fins desta cobertura, entende-se como Crime a violação culpável da lei penal.

2.1.1. Nesse conceito estão incluídos os crimes contra a vida (homicídio) e os crimes contra a incolumidade pública (acidentes de trânsito e atropelamento).

2.2. Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições constantes da Cláusula 3ª - Definições das Condições Gerais.

3. GARANTIA

3.1. A presente cobertura adicional, desde que contratada e pago o prêmio adicional correspondente, tem por objetivo garantir ao Segurado em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva e total de um membro ou órgão do Segurado, atestada por profissional legalmente habilitado, em virtude de lesão física causada por crime, uma indenização adicional, limitada ao capital segurado estipulado na apólice para esta Cobertura Adicional, exceto se decorrente dos riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula e das Condições Gerais do Seguro.

3.2. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente decorrente de crime, não dá direito à indenização prevista nesta cobertura.

3.3. A Invalidez Permanente total por Acidente Vítima de Crime deve ser comprovada através de declaração médica.

3.4. Comprovada a Invalidez Permanente Total através de declaração médica, a Seguradora deve pagar ao Segurado uma Indenização, de acordo com a seguinte tabela:

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

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO Processo SUSEP nº 10003496/01-54

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

3.5. A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do evento, desde que previamente declarado pelo Segurado, dará direito a uma indenização, deduzindo-se no cálculo, do grau de Invalidez definitiva, o grau de Invalidez preexistente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS:

4.1. Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

5. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro coberto pela presente garantia deverá ser apresentada, além daqueles previstos nas Condições Gerais para a Garantia de Invalidez Permanente Total, cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial.

6. RATIFICAÇÃO:

6.1. Ratificam-se os demais itens das Condições Gerais que não foram alterados pela presente cláusula especial.

CLÁUSULA ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula, quando contratada, integra as Condições Gerais e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Diária por Internação Hospitalar por Acidente.

2. GARANTIA

2.1. A presente cobertura adicional, desde que contratada e pago o prêmio adicional correspondente, tem por objetivo garantir ao Segurado o recebimento de um valor diário fixo, durante o período em que se encontrar internado sob tratamento médico hospitalizado em uma Instituição Hospitalar, exclusivamente em decorrência de acidente pessoal coberto.

2.2. O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e ratificado no Certificado Individual.

2.3. Caracteriza-se como hospitalização a internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas e desde que comprovada a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.

2.4. O benefício máximo pagável sob este seguro é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, sendo que, nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.

2.4.1. Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pago benefício concedido por este Seguro.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1. O âmbito geográfico da presente cobertura está restrito aos acidentes exclusivamente ocorridos no Brasil e durante a permanência do Segurado no Território Brasileiro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Para fins de aplicação desta **Condição Especial** estão **excluídas**, além das hospitalizações decorrentes dos eventos já relacionados na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos das Condições Gerais:

a) hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal – check-up, e investigação diagnóstica;

b) hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas a ela;

c) hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

- d) cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas consequências;
- e) cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência do Seguro;
- f) hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;
- h) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

5.2. Exclusões por Condições Médicas Preexistentes

5.2.1. A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente somente estará coberta após o Segurado ter permanecido neste seguro durante um período contínuo de, pelo menos, 12 (doze) meses.

5.2.1.1. Uma condição médica preexistente significa a doença ou lesão em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento nos 6 (seis) meses anteriores à data de início deste seguro ou ainda saiba ser portador ou sofredor à época da contratação, não declarada na proposta, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico.

5.3. Exclusões por Instituições não Cobertas

5.3.1. Estão excluídas desta cobertura as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:

- a) Instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital.
- b) Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados.
- c) Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas.
- d) Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da internação.

6.2. O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

6.3. Com base na documentação e comprovantes, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias, conforme abaixo indicado:

6.3.1. Mensalmente, pelo período relativo aos dias consecutivos e ininterruptos de internação.

6.3.1.1. Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora, depois de devidamente confirmada a cobertura do sinistro, providenciará um único pagamento do valor devido pelo período de internação.

6.3. No caso de múltiplas lesões consequentes do mesmo evento, a Seguradora reconhecerá o mais grave entre eles que, para fins desta cláusula, será aquele que determinar o maior período de internação, não havendo, portanto, acumulação de valor de diárias.

7. FRANQUIA DEDUTÍVEL

7.1. Será aplicada uma franquía dedutível, por evento, de 15 (quinze) dias contados a partir da data de internação, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção das diárias.

8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

8.1. . Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos, além daqueles previstos nas Condições Gerais para a Diária de Incapacidade Temporária:

- a) Original e Cópia da nota fiscal de internação, emitida pela Instituição Hospitalar. Poderá ser aceito, a critério da Seguradora, outro documento que comprove a hospitalização, tal como declaração do hospital, desde que este seja um documento comprobatório para fins legais.
- b) Prontuário Médico, fornecido pela Instituição Hospitalar.

9. RATIFICAÇÃO:

9.1. Ratificam-se os demais itens das Condições Gerais que não foram alterados pela presente cláusula especial.

CLÁUSULA ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE _ I

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula, quando contratada, integra as Condições Gerais e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Diária por Internação Hospitalar por Acidente.

2. GARANTIA

2.1. A presente cobertura adicional, desde que contratada e pago o prêmio adicional correspondente, tem por objetivo garantir ao Segurado o recebimento de um valor diário fixo, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico hospitalizado em uma Instituição Hospitalar, exclusivamente em decorrência de acidente pessoal coberto.

2.2. O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e ratificado no Certificado Individual.

2.3. Caracteriza-se como hospitalização a internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas.

2.4. O benefício máximo pagável sob este seguro é o produto entre o valor diário fixo e o número máximo de diárias estabelecido na Especificação da Apólice ou no Certificado de Seguro, por evento, sendo que, nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.

2.4.1. Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro do período de dias estabelecido para fins de benefício e subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pago benefício concedido por este Seguro.

2.5. O número máximo de diárias estabelecido na Especificação da Apólice ou no Certificado de Seguro, independe do número de eventos ocorridos durante a vigência e representa o máximo de diárias que será indenizado durante a vigência do certificado.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1. O âmbito geográfico da presente cobertura está restrito aos acidentes exclusivamente ocorridos no Brasil e durante a permanência do Segurado no Território Brasileiro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídas, além das hospitalizações decorrentes dos eventos já relacionados na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos das Condições Gerais:

a) hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal, tais como: check-up e investigação diagnóstica;

b) hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas a ela;

- c) hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
- d) cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas consequências;
- e) cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência do Seguro;
- f) hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;
- h) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

4.2. Exclusões por Condições Médicas Preexistentes

4.2.1. A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente somente estará coberta após o Segurado ter permanecido neste seguro durante um período contínuo de, pelo menos, 12 (doze) meses.

4.2.1.1. Uma condição médica preexistente significa a doença ou lesão em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento nos 6 (seis) meses anteriores à data de início deste seguro ou ainda saiba ser portador ou sofredor à época da contratação, não declarada na proposta, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico.

4.3. Exclusões por Instituições não Cobertas

4.3.1. Estão excluídas desta cobertura as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:

- a) Instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital.
- b) Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados.
- c) Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas.
- d) Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da internação.

5.2. O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado, e representará o valor máximo a ser indenizável por certificado.

5.3. Com base na documentação e comprovantes, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias, conforme abaixo indicado:

5.3.1. Mensalmente, pelo período relativo aos dias consecutivos e ininterruptos de internação.

5.3.1.1. Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora, depois de devidamente confirmada a cobertura do sinistro, providenciará um único pagamento do valor devido pelo período de internação.

5.4. No caso de múltiplas lesões consequentes do mesmo evento, a Seguradora reconhecerá o mais grave entre eles que, para fins desta cláusula, será aquele que determinar o maior período de internação, não havendo, portanto, acumulação de valor de diárias.

6. FRANQUIA DEDUTÍVEL

6.1. Será aplicada uma franquia dedutível, por evento, em número de horas/dias, estipulados na Especificação da Apólice ou no Certificado do Seguro, contados a partir do momento de internação, durante o qual o Segurado não terá direito à indenização.

7. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. . Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos, além daqueles previstos nas Condições Gerais para a Diária de Incapacidade Temporária:

- a) Original e Cópia da nota fiscal de internação, emitida pela Instituição Hospitalar. Poderá ser aceito, a critério da Seguradora, outro documento que comprove a hospitalização, tal como declaração do hospital, desde que este seja um documento comprobatório para fins legais.
- b) Prontuário Médico, fornecido pela Instituição Hospitalar;
- c) Se necessário, a Seguradora poderá solicitar relatório médico sobre o detalhamento das consequências do acidente e dos procedimentos adotados na internação.

8. RATIFICAÇÃO:

8.1. Ratificam-se os demais itens das Condições Gerais que não foram alterados pela presente cláusula especial.

CLÁUSULA ESPECIAL

GARANTIA SUPLEMENTAR DE INTERRUPTÃO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL

1. CONCEITO:

1.1. Para os fins desta cláusula, a Interrupção da Atividade Profissional se dá com a rescisão do contrato de trabalho por decisão única e exclusiva do empregador, desde que não motivada por justa causa conforme estabelece a Consolidação das Leis do Trabalho vigentes.

2. GARANTIA:

2.1. A presente cobertura tem por objetivo garantir ao próprio Segurado o pagamento do número de rendas contratadas de valor correspondente à importância especificada na apólice, quando da ocorrência do desemprego do Segurado.

3. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO:

3.1. Esta cobertura destina-se exclusivamente a profissionais que possam comprovar a manutenção de vínculo empregatício ininterrupto com o mesmo empregador nos últimos 12 (doze) meses.

3.2. Esta cobertura garante apenas uma interrupção da atividade profissional do Segurado a cada período de 12 (doze) meses.

4. FRANQUIA:

4.1. É o período correspondente aos primeiros 15 dias, contados a partir do 1º (primeiro) dia de interrupção da atividade profissional do Segurado, durante o qual não é devido o pagamento da renda garantida por esta cláusula.

5. COMPROVAÇÃO DA INTERRUPTÃO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL (DESEMPREGO):

5.1. No aviso à Seguradora e durante o período de pagamento de cada parcela, a interrupção da atividade profissional é comprovada mediante apresentação da Carteira Profissional juntamente com o atestado da empresa informando o motivo da demissão.

5.2. Os documentos necessários são:

- a) cópias autenticadas do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- b) original da carteira ou do contrato de trabalho do segurado, constando a anotação de rescisão contratual; e
- c) cópia do extrato do FGTS dos últimos (doze) meses ou dos respectivos holerits quando os primeiros não estiverem disponíveis.

6. PESSOAS NÃO ABRANGIDAS POR ESTA COBERTURA:

- 6.1. Empregados habilitados para requerer aposentadoria integral por tempo de serviço;
- 6.2. Profissionais Liberais, Autônomos, Proprietários ou Sócios de Empresas; e
- 6.3. Estagiários, temporários, avulsos e contratados por prazo determinado.

7. CESSAÇÃO DA GARANTIA:

- 7.1. A cobertura concedida por esta cláusula cessará, ainda, nos seguintes casos:
 - a) com o cancelamento da apólice;

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO Processo SUSEP nº 10003496/01-54

Seguros SURA

Avenida das Nações Unidas, 12.995 – 4º andar – Brooklin Novo – São Paulo – SP – CEP 04578-000 Tel.: 11 3556 7000
www.segurossura.com.br

P a g . | 51

- b) com o cancelamento desta cláusula;
- c) com a ocorrência da Morte ou da Invalidez Permanente do Segurado;

8. RISCOS EXCLUÍDOS:

8.1. Além dos riscos mencionados na Cláusula 6ª das Condições Gerais, são também excluídos da cobertura concedida por esta cláusula, os seguintes riscos:

- a) **demissão por justa causa;**
- b) **demissão de funcionários que já tenham tempo de serviço suficiente para a aposentadoria integral;**
- c) **demissão a pedido do funcionário;**
- d) **desligamento em função de incentivo dado pelo empregador para que o funcionário se desligue da Empresa.**

9. ÂMBITO TERRITORIAL:

9.1. A cobertura concedida por esta cláusula está restrita ao território nacional e só se mantém enquanto o Segurado mantiver residência no Brasil.

10. RATIFICAÇÃO:

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pela presente cláusula especial.

CLÁUSULA ESPECIAL**GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGES****1. OBJETO DA GARANTIA**

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, ficam incluídos nesta apólice os cônjuges dos componentes principais do grupo segurado.

2. CONCEITOS APLICADOS A ESTA GARANTIA

2.1. Equiparam-se aos cônjuges, os companheiros (as) dos componentes principais na forma da legislação vigente.

2.2. Não podem ser incluídos na Garantia concedida pela presente cláusula, os cônjuges ou companheiros(as) que já façam parte do grupo segurável como componentes principais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado garantido por esta Cláusula referente às garantias básicas está limitado ao percentual estabelecido na apólice dos capitais segurados do respectivo componente principal.

4. INÍCIO DA COBERTURA INDIVIDUAL

4.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começa a vigorar:

a) para os cônjuges admitidos no grupo segurado simultaneamente com o componente principal: a partir da data do início da cobertura do risco individual do componente principal;

b) se a data de inclusão desta cláusula na apólice for em data posterior à data de admissão do componente principal no grupo segurado: a data da aceitação da Seguradora.

5. BENEFICIÁRIOS

5.1. A indenização por morte acidental devida por esta garantia suplementar será paga ao componente principal.

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

6. CANCELAMENTO DA GARANTIA

6.1. A presente Garantia Suplementar será imediatamente cancelada nas seguintes situações:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta cláusula;
- c) com o cancelamento da cobertura do Segurado Principal;
- d) com a morte do Segurado Principal;
- e) com a cessação da condição de cônjuge.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

7.1. Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 3.1.2. da Cláusula 3ª - Definições e na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

8. RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Garantia Suplementar.

CLÁUSULA ESPECIAL**GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS****1. OBJETO DA GARANTIA**

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, fica garantido o pagamento de uma indenização ao Segurado Principal, exclusivamente no caso de falecimento do(s) seu(s) filho(s) causado por acidente pessoal coberto, durante a vigência deste seguro.

2. CONCEITOS APLICADOS A ESTA GARANTIA

2.1. Para os efeitos desta cláusula, consideram-se incluídos na apólice, os filhos do Segurado Principal com idade máxima de 24 (vinte e quatro) anos.

2.1.2. Equiparam-se aos filhos do Segurado, seus enteados ou os menores considerados seus dependentes econômicos pela Legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social.

2.2. Quando o pai e a mãe forem componentes principais do mesmo grupo segurado, os filhos só poderão ser incluídos uma única vez como dependentes daquele de maior capital segurado, passando este a ser, para efeitos desta cláusula, o segurado/componente principal.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado garantido por esta Cláusula equivale ao percentual estabelecido na apólice do capital segurado do respectivo componente principal.

4. SEGURADOS MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS:

4.1. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas realizadas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, observando:

- a) inclui-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado; e
- b) não estão garantidas por esta cláusula as despesas efetivadas com a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

5. INÍCIO DA COBERTURA INDIVIDUAL

5.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começa a vigorar:

a) para os filhos admitidos no grupo segurado simultaneamente com o componente principal: a partir da data do início da cobertura do risco individual do componente principal;

b) se a data de inclusão desta cláusula na apólice for em data posterior à data de admissão do componente principal no grupo segurado: a data da aceitação da Seguradora.

6. BENEFICIÁRIOS

6.1. A indenização devida por esta garantia suplementar será paga ao componente principal.

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

7. CANCELAMENTO DA GARANTIA

7.1. A presente Garantia Suplementar será imediatamente cancelada nas seguintes situações:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta cláusula;
- c) com o cancelamento da Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuges;
- d) com o cancelamento da cobertura do Segurado Principal;
- e) com a morte do Segurado Principal;
- f) com a cessação da condição de dependente, conforme previsto no regulamento do Imposto de Renda.

8. RISCOS EXCLUÍDOS

8.1. Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 3.1.2. da Cláusula 3ª - Definições e na Cláusula 6ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Garantia Suplementar.

CLÁUSULA ESPECIAL**GARANTIA SUPLEMENTAR DE AUXÍLIO FUNERAL****1. OBJETO DA GARANTIA:**

1.1. Complementarmente à cobertura de Morte Acidental, mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga, no caso do falecimento por acidente do Segurado Principal, devidamente indenizada pela cobertura básica desta apólice, a reembolsar o beneficiário do seguro, até o limite do capital segurado contratado para a presente cobertura, pelas despesas realizadas com o funeral do Segurado falecido.

1.2. Esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas realizadas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais das despesas ocorridas com o funeral do Segurado, observando:

- a) inclui-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado; e
- b) não estão garantidas por esta cláusula as despesas efetivadas com a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

2.1. Esta Garantia Suplementar só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica.

3. RATIFICAÇÃO

3.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Garantia Suplementar.

CLÁUSULA ESPECIAL**GARANTIA SUPLEMENTAR DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO****1. OBJETO DA GARANTIA:**

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga, no caso de morte acidental do Segurado Principal, devidamente indenizada pela cobertura básica desta apólice, a indenizar o beneficiário do seguro de forma única e pelo limite do capital segurado estipulado na apólice para esta cobertura, a título de auxílio alimentação.

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

2.1. Esta Garantia Suplementar só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica.

3. BENEFICIÁRIO

3.1. Na falta de indicação expressa de beneficiário ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a indenização será paga na forma do que estabelece o Artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

4. RATIFICAÇÃO

4.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Garantia Suplementar.

CLÁUSULA ESPECIAL**GARANTIA SUPLEMENTAR DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO (2) - SUPERMERCADOS****1. OBJETO DA GARANTIA:**

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga, no caso de morte acidental do Segurado, devidamente indenizada pela cobertura básica desta apólice, a fornecer ao beneficiário do seguro, pelo período de 12 (doze) meses sucessivos, vale-compras em supermercados, de sua livre escolha, no valor estipulado nas condições contratuais da apólice.

1.2. Mediante solicitação expressa do beneficiário, a indenização prevista nesta cláusula poderá ser paga, em dinheiro e de forma única, a título de auxílio alimentação.

2. BENEFICIÁRIO

2.1. Na falta de indicação expressa de beneficiário ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a indenização será paga na forma do que estabelece o Artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

3. RATIFICAÇÃO

3.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Garantia Suplementar.

CLÁUSULA ESPECIAL**GARANTIA SUPLEMENTAR DE AUXÍLIO EDUCAÇÃO****1. OBJETO DA GARANTIA:**

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga, no caso de morte acidental do Segurado Principal, devidamente indenizada pela cobertura básica desta apólice, a indenizar o beneficiário do seguro, de forma única e pelo limite do capital segurado estipulado na apólice para esta cobertura, a título de auxílio educação.

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

2.1. Esta Garantia Suplementar só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica.

3. INDENIZAÇÃO

3.1. Para fins de recebimento do capital segurado garantido por esta cláusula deverá o beneficiário do seguro comprovar a existência de filhos do Segurado falecido, em idade escolar.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. Na falta de indicação expressa de beneficiário ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a indenização garantida pela presente cláusula será paga na forma do que estabelece o Artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

5. RATIFICAÇÃO

5.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Garantia Suplementar.

CLÁUSULA ESPECIAL**GARANTIA SUPLEMENTAR DE DESPESAS DIVERSAS****1. OBJETO DA GARANTIA**

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga, no caso de morte acidental do Segurado Principal, devidamente indenizada pela cobertura básica desta apólice, a indenizar o beneficiário do seguro de forma única e pelo limite do capital segurado estipulado na apólice para esta cobertura, para custeio de despesas diversas.

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

2.1. Esta Garantia Suplementar só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica.

3. BENEFICIÁRIO

3.1. Na falta de indicação expressa de beneficiário ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a indenização será paga na forma do que estabelece o Artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

4. RATIFICAÇÃO

4.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Garantia Suplementar.

CONDIÇÃO PARTICULAR**CLÁUSULA PARTICULAR DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA**

1. Mediante a inclusão desta cláusula na apólice, fica acordado que a observação constante do subitem 9.4, da Cláusula 9ª - Aceitação e Renovação passa a ter a seguinte redação:

“OBS.: A primeira renovação deste seguro se dará de forma automática, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa. A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizer necessário, pelo Estipulante, desde que não implique em ônus ou dever para os Segurados ou redução dos seus direitos.”

2. A renovação automática não se aplica aos segurados que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final da vigência da apólice.

3. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Condição Particular.

CONDIÇÃO PARTICULAR

CLÁUSULA PARTICULAR DE DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

1. OBJETIVO

- 2.1. Mediante a inclusão desta cláusula na apólice, fica acordado que, após o término de vigência da apólice, no prazo estabelecido no item 2 desta cláusula, a Seguradora procederá, a distribuição de excedentes técnicos desta apólice de acordo com as condições definidas por esta cláusula.

3. PRAZOS

- 3.1. Fica estabelecido que a distribuição dos excedentes técnicos se realizará, após o término de vigência do seguro, depois de pagas todas as faturas da apólice, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultado técnico.

4. CRITÉRIO DE APURAÇÃO

- 4.1. Para fins de apuração dos resultados técnicos, consideram-se:

4.1.1. Como Receitas:

- a) os prêmios de competência, líquidos de cancelamentos, de devoluções e dos emolumentos, correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) as recuperações de sinistros pagas pelo ressegurador no período;
- c) no caso de renovação, o estorno de sinistros computados no exercício anterior e definitivamente não devidos; e
- d) no caso de renovação, o estorno da Reserva de Sinistros Ocorridos mas não Avisados (IBNR) computada no exercício anterior e definitivamente não realizada.

4.1.2. Como Despesas:

- a) os prêmios de resseguro cedidos ao ressegurador no período;
- b) as comissões de corretagem pagas durante o período;
- c) as comissões de administração (pro-labore) pagas durante o período;
- d) as comissões de angariação pagas durante o período;
- e) o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- f) a Reserva de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR) constituída no exercício;
- g) as despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante; e
- h) no caso de renovação, o saldo negativo do exercício anterior, ainda não compensado.

- 4.2. As receitas e as despesas serão corrigidas monetariamente até a data da apuração do resultado técnico, pela variação do índice estabelecido na

Cláusula 13ª - Atualização Monetária das Obrigações, das Condições Gerais, a partir das seguintes datas:

- a) do respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- b) do aviso à Seguradora, para sinistros;
- c) do respectivo recebimento, para recuperações;
- d) das respectivas datas de constituição e de reversão, para IBNR;
- e) da respectiva data de apuração, para o saldo negativo anterior; e
- f) da data em que incorreram, para as despesas de administração.

4.3. O resultado apurado pela diferença entre as Receitas e as Despesas acima especificadas, será atualizado monetariamente, desde o término do período de apuração estabelecido no item 2 desta cláusula e até a data do efetivo pagamento do excedente técnico, pelo índice estabelecido na Cláusula 13ª - Atualização Monetária das Obrigações, da Condições Gerais.

5. CRITÉRIO DE DISTRIBUIÇÃO

- 5.1. Só terá direito à participação dos excedentes técnicos, os grupos segurados que mantiveram, durante a vigência da apólice, em 500 ou mais, a média de número dos segurados principais .
- 5.2. Destina-se aos Segurados e/ou ao Estipulante, como Distribuição do excedente técnico, o percentual estipulado na proposta de contratação e no contrato, para a presente cláusula do resultado apurado pelo critério estabelecido no item 3 acima.
- 5.3. Nos seguros parcial ou totalmente contributivo, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado aos Segurados, cuja distribuição se dará através do Estipulante ou pela forma definida pelo mesmo.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Condição Particular.

CONDIÇÃO PARTICULAR

CLÁUSULA PARTICULAR DE DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO (2)

1. OBJETIVO

1.1. Mediante a inclusão desta cláusula na apólice, fica acordado que, após o término de cada período de vigência anual da apólice, a contar do início de vigência nesta Seguradora, no prazo estabelecido no item 2 desta cláusula, a Seguradora procederá a apuração e, se for o caso, a distribuição do excedente técnico desta apólice de acordo com as condições definidas por esta cláusula.

2. PRAZOS

2.1. Fica estabelecido que a distribuição dos excedentes técnicos se realizará depois de pagas todas as faturas da apólice, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultado técnico.

3. CRITÉRIO DE APURAÇÃO

3.1. Para fins de apuração dos resultados técnicos, consideram-se:

3.1.1. Como Receitas:

- a) 90% (noventa por cento) dos prêmios de competência, líquidos de cancelamentos, de devoluções e dos emolumentos, correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) as recuperações de sinistros pagas pelo ressegurador no período;
- c) no caso de renovação, o estorno de sinistros computados no exercício anterior e definitivamente não devidos; e
- d) no caso de renovação, o estorno da Reserva de Sinistros Ocorridos mas não Avisados (IBNR) computada no exercício anterior e definitivamente não realizada.

3.1.2. Como Despesas:

- a) os prêmios de resseguro cedidos ao ressegurador no período;
- b) as comissões de corretagem pagas durante o período;
- c) as comissões de administração (pro-labore) pagas durante o período;
- d) as comissões de angariação pagas durante o período;
- e) o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- f) a Reserva de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR) constituída no exercício;
- g) os tributos incidentes sobre as receitas da operação, inclusive COFINS e PIS, a que a Seguradora esteja ou venha a estar obrigada por Lei
- h) as despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante; e
- i) no caso de renovação, o saldo negativo do exercício anterior, ainda não compensado.

3.2. As receitas e as despesas serão corrigidas monetariamente até a data da apuração do resultado técnico, pela variação do índice estabelecido na Cláusula 13ª -

Atualização Monetária das Obrigações, das Condições Gerais, a partir das seguintes datas:

- a) do respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- b) do aviso à Seguradora, para sinistros;
- c) do respectivo recebimento, para recuperações;
- d) das respectivas datas de constituição e de reversão, para IBNR;
- e) da respectiva data de apuração, para o saldo negativo anterior; e
- f) da data em que incorreram, para as despesas de administração.

3.3. O resultado apurado pela diferença entre as Receitas e as Despesas acima especificadas, será atualizado monetariamente, desde o término do período de apuração estabelecido no item 2 desta cláusula e até a data do efetivo pagamento do excedente técnico, pelo índice estabelecido na Cláusula 13ª - Atualização Monetária das Obrigações, da Condições Gerais.

4. CRITÉRIO DE DISTRIBUIÇÃO

4.1. Destina-se aos Segurados e/ou ao Estipulante, como Distribuição do excedente técnico, o percentual estipulado na proposta de contratação e no contrato, para a presente cláusula do resultado apurado pelo critério estabelecido no item 3 acima.

4.2. Nos seguros parcial ou totalmente contributário, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado aos Segurados, cuja distribuição se dará através do Estipulante ou pela forma definida pelo mesmo.

5. RATIFICAÇÃO

5.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Condição Particular.

CONDIÇÃO PARTICULAR**CLÁUSULA PARTICULAR DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL
SEGURADO**

1. Mediante a inclusão na apólice desta cláusula, nos seguros contratados por período superior a 1 (um) ano, os capitais segurados serão reajustados anualmente, com base na variação do Índice Geral de Preços para o Mercado / Fundação Getúlio Vargas (IGPM / FGV) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao do aniversário do seguro.
2. No caso de extinção do índice acima pactuado, o índice a ser utilizado será o índice admitido oficialmente que vier a substituí-lo.
3. Os prêmios anualmente ajustados de forma a garantir a variação anual integral do índice de preços para os correspondentes capitais segurados, nos termos do item 1 acima.
4. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pela presente condição particular

CONDIÇÃO PARTICULAR**CLÁUSULA PARTICULAR DE ATUALIZAÇÃO DOS VALORES MONETÁRIOS**

1. Mediante a inclusão desta cláusula na apólice, processam-se as seguintes alterações:

a) 2º Parágrafo do subitem 13.2 da Cláusula 13ª das Condições Gerais, como se segue:

“No caso de extinção do INPC-IBGE, a Seguradora passará a utilizar o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo /Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).”

b) Subitens 25.1 e 25.2 da Cláusula 25ª das Condições Gerais, como se segue:

“25.1. Nos seguros contratados por período superior a 1 (um) ano, os capitais segurados serão reajustados anualmente, com base na variação do INPC-IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor / Instituto Brasileiro de acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao do aniversário do seguro.

25.2. No caso de extinção do INPC-IBGE, a Seguradora passará a utilizar o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo /Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).”

2. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pela presente cláusula particular.

CLÁUSULA PARTICULAR**SUSPENSÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL**

1.1. Mediante inclusão desta cláusula na apólice, a cláusula 24ª das Condições Gerais do seguro passa a ter o seguinte texto:

“24.1. Nos seguros cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal e não havendo o pagamento do prêmio por parte do Segurado nos prazos estipulados nas condições contratuais, inicia-se o período de tolerância automática, cuja contagem será a partir do primeiro dia do mês da cobrança da fatura em atraso.

24.2. Durante o período de tolerância, caso ocorra um evento coberto, o Segurado terá direito à indenização, havendo, entretanto, a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

24.2.1. Após 90 (noventa) dias corridos de inadimplência, o seguro será automaticamente cancelado.”

1.2. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pela presente cláusula particular.

CLÁUSULA DE MANUTENÇÃO DE REGISTROS

Para fins de atendimento a Lei Federal n.º 9.613 de 03 de março de 1998 e as disposições contidas na Circular Susep n.º 380 de 29 de dezembro de 2008, fica entendido e acordado que as partes deste contrato de seguro se obrigam a cumprir os seguintes procedimentos:

1 - O segurado se compromete a fornecer e a manter atualizado o registro dos seus dados cadastrais, assim como dos seus beneficiários e representantes legais indicados na apólice do seguro.

O registro inclui as seguintes informações:

1.1 - Pessoa Física (Art. 10º, inciso I):

- .Nome completo;
- .Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas;
- .Número de identificação válido em todo o território nacional (RG, CNH e entre outros);
- .Endereço completo(logradouro, número, bairro, CEP, cidade e Estado);
- .Número de telefone, com o código DDD;
- .Profissão;
- .Patrimônio Estimado ou faixa de renda;
- .Seu enquadramento, se for o caso, na condição de PEP* = Pessoa Politicamente Exposta;

1.2 - Pessoa Jurídica (Art. 10º, inciso II):

- .Denominação ou razão social;
- .Atividade principal desenvolvida(ramo de atividade da empresa);
- .Número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;
- .Endereço completo(logradouro, número, bairro, CEP, cidade e Estado);
- .Número de telefone, com o código DDD;
- .Nome dos controladores até o nível de Pessoa Física, principais administradores e procuradores, bem como menção a seu enquadramento, se for o caso, na condição de PEP* = Pessoa Politicamente Exposta;
- .Informação acerca da situação patrimonial e financeira;

* PEP - Pessoa Politicamente Exposta (Art. 4º):

Consideram-se Pessoas Politicamente Expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos cinco anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares (os parentes, na linha direta, até o primeiro grau, o(a) cônjuge, o(a) companheiro(a), o(a) enteado(a)) e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

No caso de estrangeiro, consideram-se Pessoas Politicamente Expostas aquelas que exercem ou exerceram importantes funções públicas em um país estrangeiro; por exemplo, chefes de Estado e de Governo, políticos de alto nível, altos servidores dos poderes públicos, magistrados ou militares de alto nível, dirigentes de empresas públicas ou dirigentes de partidos políticos.

ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO Processo SUSEP nº 10003496/01-54

Seguros SURA

Avenida das Nações Unidas, 12.995 – 4º andar – Brooklin Novo – São Paulo – SP – CEP 04578-000 Tel.: 11 3556 7000

www.segurossura.com.br

P a g . | 70

2 - As cópias dos documentos que comprovam os dados cadastrais, quando solicitados, não poderão ser anterior a 03 (três) meses. As cópias dos documentos serão exigidas nas seguintes situações:

. Na devolução de prêmio, por cancelamento, de valor igual ou superior a R\$ 10.000,00 (dez mil reais);

. No pagamento de qualquer indenização, do benefício ou do resgate, inclusive aos beneficiários, prestadores de serviços e outras partes relacionadas, para seguros coletivos de apólice aberta;

3 - A seguradora manterá em seu cadastro, pelo prazo determinado nos referidos dispositivos legais, as informações e respectiva documentação comprobatória exigida.

- A presente cláusula prevalece sobre quaisquer outras condições que dispuserem em contrário.

CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

Na falta de preenchimento do cartão proposta ou indicação em formulário próprio, o capital segurado será pago de acordo com o artigo 792 - Parágrafo Único e 793, quando for o caso, do Código Civil Brasileiro (Lei 10.406/2002 de 11/01/2002), transcrito abaixo :

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 por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária. Parágrafo único. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

Art. 793. 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.

EXCLUSÃO DE ATOS DE TERRORISMO

Não obstante o que em contrário possam dispor as condições gerais, especiais e/ou particulares do presente seguro, fica entendido e concordado que, para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.