



SANCOR SEGUROS

ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

Versão 04.2022

Processo Susep 15414.900057/2013-49

CNPJ 17.643.407/0001-30

As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

Sumário

CONDIÇÕES GERAIS	5
1. GLOSSÁRIO	5
2. OBJETIVO DO SEGURO	9
3. GARANTIAS DO SEGURO (RISCOS COBERTOS)	9
4. RISCOS EXCLUÍDOS	9
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	10
6. CARÊNCIA E FRANQUIA	11
7. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS	11
8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	13
9. TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE	14
10. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS	15
11. PAGAMENTO DO PRÊMIO	15
12. REVISÃO DO PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO	17
13. PROVA DO SEGURO	17
14. CESSAÇÃO DA COBERTURA	17
15. ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES DECORRENTES DO CONTRATO DE SEGURO	18
16. OCORRÊNCIA DE SINISTROS E PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	19
17. RELAÇÃO DE DOCUMENTO PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	20
18. JUNTA MÉDICA RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO	21
19. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	21
20. RESCISÃO DO SEGURO	23
21. REINTEGRAÇÃO	23
22. MODIFICAÇÃO DE CLÁUSULAS	23
23. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS	24
24. COBERTURA ADICIONAL E CLÁUSULA SUPLEMENTAR	24
25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	24
26. FORO CONTRATUAL	24
27. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES AO PLANO DE SEGURO	25
28. PRESCRIÇÃO	25
COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL	26
1. OBJETO	26
2. DEFINIÇÕES DA COBERTURA	26
3. CAPITAL SEGURADO	26
4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	27
5. DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO	27
6. CONCORRÊNCIA DE SEGUROS	27
7. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	27
8. RATIFICAÇÃO	27
COBERTURA DE CESTA BÁSICA	28
1. OBJETO	28
2. CAPITAL SEGURADO	28
3. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	28
4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	28
5. DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO	28
6. RATIFICAÇÃO	28
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL OU DOENÇA – DIHA	29
1. OBJETO DA GARANTIA	29
2. RISCOS EXCLUÍDOS	29
3. VALOR DAS DIÁRIAS	30
4. PAGAMENTO DAS DIÁRIAS	30
5. CAPITAL SEGURADO	30
6. LIMITES	30

7. FRANQUIA	31
8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO.....	31
9. RATIFICAÇÃO	31
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA – DITA.....	32
1. OBJETO DO SEGURO.....	32
2. DEFINIÇÕES.....	32
3. VALOR E PAGAMENTO DAS DIÁRIAS.....	32
4. LIMITES	33
5. CAPITAL SEGURADO	33
6. FRANQUIA	33
7. DOCUMENTAÇÃO BÁSICA.....	33
8. ÂMBITO TERRITORIAL	33
9. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES.....	33
10. TÉRMINO DA COBERTURA.....	34
11. RATIFICAÇÃO	34
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – DMHO – (SEM FRANQUIA)	35
1. OBJETO DA COBERTURA.....	35
2. RISCOS EXCLUÍDOS	35
3. LIVRE ESCOLHA.....	35
4. COMPROVAÇÃO DE DESPESAS.....	35
5. CAPITAL SEGURADO	36
6. ACÚMULO DE INDENIZAÇÃO	36
7. RATIFICAÇÃO	36
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – DMHO – (FRANQUIA DE R\$ 200,00).....	37
1. OBJETO DA COBERTURA.....	37
2. RISCOS EXCLUÍDOS	37
3. LIVRE ESCOLHA.....	37
4. COMPROVAÇÃO DE DESPESAS.....	37
5. CAPITAL SEGURADO	38
6. FRANQUIA	38
7. ACÚMULO DE INDENIZAÇÃO	38
8. RATIFICAÇÃO	38
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – DMHO – (FRANQUIA DE R\$ 500,00).....	39
1. OBJETO DA COBERTURA.....	39
2. RISCOS EXCLUÍDOS	39
3. LIVRE ESCOLHA.....	39
4. COMPROVAÇÃO DE DESPESAS.....	39
5. CAPITAL SEGURADO	40
6. FRANQUIA	40
7. ACÚMULO DE INDENIZAÇÃO	40
8. RATIFICAÇÃO	40
CLÁUSULA DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE	41
1. OBJETO DO SEGURO.....	41
2. CONCEITOS.....	41
3. GARANTIAS.....	41
4. DOCUMENTAÇÃO BÁSICA.....	41
5. CAPITAL SEGURADO	41
6. VIGÊNCIA	42
7. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	42
8. BENEFICIÁRIOS.....	42
9. RATIFICAÇÃO	42
CLÁUSULA DE INCLUSÃO DE FILHO.....	43
1. OBJETO DO SEGURO.....	43
2. CONCEITO.....	43
 3. GARANTIAS	 43

SEGURO DE ACIDENTE PESSOAL INDIVIDUAL
15414.900057/2013-49



4. DOCUMENTAÇÃO BÁSICA	43
5. CAPITAL SEGURADO	43
6. VIGÊNCIA	44
7. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	44
8. BENEFICIÁRIOS	44
9. RATIFICAÇÃO	44
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.....	45
1. OBJETO DA COBERTURA	45
2. RISCOS COBERTOS	45
3. CAPITAL SEGURADO	48
4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	48
5. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	49
6. RATIFICAÇÃO	49
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	50
1. OBJETO DA COBERTURA	50
2. RISCOS COBERTOS	50
3. CAPITAL SEGURADO	51
4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	51
5. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES	51
6. RATIFICAÇÃO	52
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL	53
1. OBJETO DO SEGURO	53
2. CAPITAL SEGURADO	53
3. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	53
4. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES	53
5. RATIFICAÇÃO	53

CONDIÇÕES GERAIS

1 - GLOSSÁRIO

Para fins deste contrato de seguro, definir-se-á por:

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

1.1.1. Incluem-se nesse conceito:

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

1.1.2. Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, moléstias ou enfermidades, qualquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas, entretanto, 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 ou assemelhados, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre

integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nestas Condições Gerais.

1.2. **Aditivo:** Equivalente ao endosso, é o termo utilizado para definir instrumento do contrato de seguro, emitido pela Seguradora, para proceder alterações na apólice, de comum acordo.

1.3. **Apólice:** É o documento escrito, emitido pela Seguradora e assinado pelo seu representante legal, que instrumentaliza o contrato de seguro entre a Seguradora e o Segurado, e que é integrado, de modo indissolúvel, por estas Condições Gerais e pelas Condições Especiais que tiverem sido efetivamente estipuladas. A apólice prova a aceitação e o conteúdo do contrato de seguro por parte da Seguradora.

1.4. **Ato Ilícito:** Ação ou omissão voluntária, por negligência, por imprudência ou por imperícia que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

1.5. **Aviso de Sinistro:** É a comunicação à Seguradora da ocorrência de evento coberto por este seguro, conforme previsto na Apólice.

1.6. **Beneficiário:** É a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

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

1.8. **Carregamento:** Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização do seguro.

1.9. **Companheiro(a):** Pessoa que se une a outra e que se apresente à Seguradora como se fosse legitimamente casado(a), formando uma entidade familiar.

1.10. **Condições Contratuais:** Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, de eventuais endossos.

1.11. **Condições Especiais:** São condições que especificam as diferentes modalidades de cobertura e garantias adicionais que podem existir dentro de um mesmo plano de seguro.

1.12. **Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem direitos e obrigações tanto da Seguradora quanto do Segurado e dos Beneficiários deste seguro.

1.13. **Corretor:** É a pessoa física ou jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros.

1.14. **Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** Declaração legal e formal, na qual o proponente presta as informações e declarações sobre o seu estado de saúde e de atividade profissional exercida, sob sua responsabilidade e sob as penas previstas no art. 766 do Código Civil Brasileiro, para avaliação do risco pela Seguradora.

1.15. **Doenças e Lesões Preexistentes e suas Consequências:** São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado, anteriormente à data de sua adesão ao 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 de seguro e não declaradas na proposta de contratação ou de adesão ao seguro. Caracteriza-se, ainda, quando o Segurado omite tratamento realizado na contratação do plano de seguro.

1.16. **Dolo:** É toda espécie de artifício, engano ou manejo astucioso promovido por uma pessoa, com a intenção de induzir outrem à prática de um ato jurídico, em prejuízo deste e proveito próprio ou de outrem, ou seja, é um ato de má-fé, fraudulento, visando a prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro.

1.17. **Endosso:** Mesmo que Aditivo.

1.18. **Evento Coberto:** É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, previsto nas garantias do seguro e ocorrido durante sua vigência.

1.19. **Formulário de Aviso de Sinistro:** O documento pelo qual é formalizada a comunicação da ocorrência de um sinistro à Seguradora, devidamente assinada pelo solicitante:

1.20. **Foro:** Âmbito geográfico ou local de disputas judiciais, relativas à responsabilidade do Segurado e da Seguradora, decorrentes de litígios oriundos do contrato de seguro.

1.21. **Franquia:** É um valor inicial do Capital Segurado ou um período em dias, pelo qual o Segurado fica responsável como Segurador de si próprio.

1.22. **Garantia:** É a designação genérica dos riscos cobertos pelo seguro e assumidos pela Seguradora, nos termos destas Condições Gerais, sendo também este termo empregado como sinônimo de cobertura.

1.23. **Indenização:** É o montante do Capital Segurado que a Seguradora efetivamente paga ao Segurado ou aos seus Beneficiários em decorrência de um evento coberto por este seguro, ocorrido durante sua vigência.

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

1.25. **Juros de mora:** É a multa contratual em face do pagamento do prêmio ou da indenização em atraso, estabelecida nos termos destas Condições Gerais.

1.26. **Médico assistente:** É o profissional legalmente licenciado 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.

1.27. **Partes contratantes:** São os Segurados e a Seguradora.

1.28. **Período de Cobertura:** aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

1.29. **Plano de seguro:** É o conjunto de direitos e obrigações descritos nas Condições Gerais do seguro, em consonância com o disposto na respectiva Nota Técnica Atuarial. Os documentos que compõem um plano de seguro são: a Nota Técnica Atuarial e as Condições Contratuais.

1.30. **Prazo de Carência:** É o período de tempo ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados, sem prejuízo do pagamento dos prêmios devidos.

1.31. **Prêmio:** É cada um dos pagamentos efetuados pelo Segurado à Seguradora, para o custeio deste seguro. O pagamento em dia do prêmio integral ou das parcelas vencidas antes da ocorrência do sinistro é imprescindível para que o Segurado e/ou o Beneficiário possam fazer jus às garantias deste seguro.

1.32. **Processo SUSEP:** é o registro deste plano de seguro na SUSEP, porém não implica por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

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

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

1.35. **Reabilitação do Seguro:** É o restabelecimento das coberturas contratadas em função da aceitação da Seguradora, com o pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, desde que previsto nas condições do plano de seguro.

1.36. **Regime Financeiro de Repartição Simples:** A estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os Segurados do plano de seguro, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

1.37. **Reintegração do Capital Segurado:** Recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.

1.38. **Regulação de Sinistro:** É o exame das suas causas e circunstâncias a fim de se caracterizar o risco ocorrido e, em face dessas verificações, concluir-se sobre a cobertura, bem como se o Segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.

1.39. **Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano de seguro.

1.40. **Seguradora:** É a Seguradora autorizada a operar no ramo de seguro de pessoas e/ou acidentes pessoais, sob a fiscalização da SUSEP, e que se responsabilizará pelas garantias deste plano de seguro, mediante recebimento do respectivo prêmio.

1.41. **Segurados:** São as pessoas físicas aceitas no seguro.

1.42. **Segurados Dependentes:** São o cônjuge/companheiro(a), filhos, pais, irmãos, enteados e demais, considerados dependentes do Segurado Principal pela legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social, desde que não figurem como Segurados.

1.43. **Sinistro:** Termo que define a ocorrência de um evento previsto e coberto pelas garantias contratadas, ocorrido durante a vigência do seguro e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.

2 - OBJETIVO DO SEGURO

2.1. O presente plano de seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), até o limite dos respectivos capitais segurados, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos nas garantias contratadas, observadas estas Condições Gerais e as Condições Especiais, expressamente convencionadas.

3 - GARANTIAS DO SEGURO (RISCOS COBERTOS)

3.1. A(s) cobertura(s) oferecida(s) por este plano de seguro e contratada(s) pelo Segurado encontra(m)-se disciplinada(s) na(s) Condições Especiais, que fazem parte integrante e complementar destas Condições Gerais.

3.2. Somente estarão abrangidas por este seguro as garantias expressamente contratadas pelo Segurado, com inclusão, na apólice, das Condições Especiais e Cláusulas a elas referentes, e pagos os prêmios correspondentes.

3.3. Este seguro não possui garantia básica, podendo ser contratadas quaisquer das garantias oferecidas.

4 - RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos da cobertura deste Seguro, além dos riscos conceituados anteriormente, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

a) 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, golpe militar ou usurpação de poder, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício do serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, da utilização de meio de transporte mais arriscado ou de prática de esporte;

- d) de lesões, doenças ou acidentes preexistentes à inclusão do Segurado no plano de seguro, que sejam de seu conhecimento na data de contratação do plano de seguro e que não tenham sido por ele declarados na Proposta de Contratação;**
- e) competições em aeronaves e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios, quando não relacionados à prática de esporte;**
- f) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g) lesão intencionalmente autoinfligida, suicídio e suas tentativas, independente da sanidade mental do Segurado, ocorridas nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do seguro ou da sua recondução depois de suspenso;**
- h) atos ilícitos dolosos ou culpa grave, equiparada ao dolo, praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante Legal, de um ou de outro;**
- i) atos ilícitos dolosos ou culpa grave, equiparada ao dolo, praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes nos seguros contratados por pessoas jurídicas;**
- j) de qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;**
- k) de parto, ou aborto e suas consequências; de choque anafilático e suas consequências, salvo quando decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- l) das moléstias ou doenças crônicas decorrentes de picada de insetos;**
- m) epidemias ou pandemias declaradas por órgão competente ou envenenamento em caráter coletivo;**
- n) da prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, incluindo nesta, a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal.**

5 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. O âmbito geográfico das coberturas será em todo o globo terrestre, salvo disposição em contrário discriminada nas Condições Especiais.

5.2. Quando for o caso, eventuais encargos de tradução, dos documentos necessários, referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

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

6 - CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1. Carência

6.1.1. Não haverá aplicação de qualquer tipo de carência, exceto para o caso de suicídio e/ou sua tentativa, quando o período de carência corresponderá aos 02 (dois) primeiros anos ininterruptos, de vigência do seguro, contados da data de sua contratação, ou da sua recondução depois de suspenso.

6.2. Franquia

6.2.1. Serão aplicadas franquias para as coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente, Diárias de Internação Hospitalar em Decorrência de Acidente Pessoal e Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas.

Para a cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente a Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º(décimo sexto) dia do acidente, caracterizando a incapacidade, até o dia da sua volta à atividade laborativa, respeitando os limites estabelecidos no item 4.1. das respectivas condições especiais.

Para a cobertura de Diárias de Internação Hospitalar em Decorrência de Acidente Pessoal a Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º(décimo sexto) dia do acidente, até o dia de sua alta, respeitando os limites estabelecidos no item 6.1. das respectivas condições especiais.

6.2.2. Para as coberturas de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, serão aplicadas franquias dedutíveis conforme o tipo de cobertura contratada:

- Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas - (Sem Franquia) - Não haverá franquia para esta cobertura.
- Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas - (Franquia de R\$ 200,00) - Haverá franquia dedutível de R\$ 200,00 para esta cobertura.
- Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas - (Franquia de R\$ 500,00) - Haverá franquia dedutível de R\$ 500,00 para esta cobertura.

7 - ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

7.1. Somente poderão ser aceitas, no seguro, as pessoas que, na data do preenchimento da Proposta de Contratação, observem cumulativamente as seguintes condições:

- a) estejam em plena atividade profissional/laborativa e em boas condições de saúde;
- b) tenham idade e capitais segurados dentro dos limites de aceitação estabelecidos pela Seguradora.

7.2. A Proposta de Contratação, assinada, obrigatoriamente, pelo Segurado e/ou Corretor de Seguros, deverá ser entregue à Seguradora, mediante protocolo de recebimento, com

indicação de data de início de vigência do seguro ou o critério para sua determinação, podendo coincidir com a data de aceitação da proposta. A referida proposta deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco, além dos dados pessoais. Também deverá haver expressa declaração de saúde do Segurado, indicação de seus beneficiários e informação sobre a existência de outros seguros de pessoas com coberturas similares.

7.2.1 As datas e os horários de início e término da vigência do seguro deverão estar indicados nos documentos contratuais.

7.3. Os proponentes portadores de deficiência devem ressaltar o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação de responsabilidade da Seguradora.

7.4. O prêmio inicial será aquele constante da proposta, de acordo com a idade do Segurado, na época da contratação deste seguro, ressalvadas eventuais possibilidades de alterações de risco, constatadas na apresentação da proposta.

7.5. As Condições Gerais e Especiais completas deste seguro deverão estar à disposição do Segurado, quando da apresentação da Proposta de Contratação, devendo o mesmo declarar seu conhecimento prévio, na íntegra, das referidas condições contratuais.

7.6. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la, mediante análise do risco. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado tacitamente aceito.

7.7. O prazo de 15 (quinze) dias, previsto no item 7.6., acima, será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos ou informações, complementares ou explicativas às contidas na proposta de contratação.

7.8. A contagem do prazo voltará a correr na data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

7.9. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez.

7.10. A emissão e o envio da apólice ou certificado individual dentro do prazo de aceitação, substitui a manifestação expressa de aceitação da proposta pela sociedade seguradora.

7.10.1. Em sendo aceita a Proposta de Contratação, a Seguradora emitirá a apólice, no prazo de até 15 (quinze) dias.

7.10.2. A emissão e o envio e/ou disponibilização ao segurado, por meio físico ou remoto, da apólice, da apólice de averbação, do endosso e do certificado individual deverão ser feitos em até quinze dias a partir da data de aceitação da proposta.

7.10.3. A disponibilização dos documentos deverá ser precedida de sua comunicação ao segurado.

7.10.4. A utilização de meios remotos na emissão de documentos contratuais deverá garantir a possibilidade de impressão ou download do documento pelo cliente.

7.10.5. Após emissão do bilhete, o envio e/ou disponibilização ao segurado, por meio físico ou remoto, deverá ocorrer tempestivamente.

7.11. No caso de não aceitação da Proposta de Contratação, a Seguradora, no prazo de 15 (quinze) dias, deverá comunicar por escrito, explicitando os motivos da recusa.

7.12. No caso de recusa do risco, e em ocorrendo alguma situação elencada no Capítulo 4, a cobertura provisória poderá ser encerrada imediatamente, devendo estar indicado de forma clara e em destaque, na proposta e nas condições contratuais do seguro, o respectivo critério de encerramento.

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

7.12.2. Para aceitação do seguro, a Seguradora poderá eventualmente exigir, além dos questionários existentes na Proposta de Contratação, outros documentos necessários à análise do risco, tais como: declaração complementar de saúde, relatório médico, resultado de exames complementares, e informações sobre a situação financeira do Segurado.

7.12.3. A negativa do proponente em submeter-se ao(s) exame(s) implicará a recusa automática do risco.

7.13. Quaisquer alterações de risco no contrato, ocorridas durante a vigência do seguro deverão ser comunicadas, por escrito, à Seguradora, de forma a permitir que sejam feitos os devidos ajustes no seguro, tais como mudança de profissão, mudança de residência do Segurado para outro país, prática usual e permanente de esportes tidos como radicais ou de perigo evidente, bem como o uso habitual de substâncias alcoólicas, tóxicas ou entorpecentes.

7.14. A não comunicação de circunstâncias que caracterizem o agravamento do risco implicará a perda do direito à indenização do seguro, se ficar comprovado que silenciou de má-fé, conforme previsto no art. 769 do Código Civil, que dispõe sobre o dever do Segurado de comunicar ao Segurador todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o risco.

7.15. No início de vigência, bem como na emissão da apólice do seguro ou endossos, a Seguradora informará o nome do Segurado, beneficiário(s), início e final de vigência do seguro, coberturas, capital segurado, prêmios e que a qualquer tempo, poderá expressamente designar ou substituir o(s) beneficiário(s) do seguro.

7.16. São documentos do presente seguro: a Proposta, a Apólice com os respectivos anexos, o Contrato e os documentos de cobrança devidamente quitados.

7.17. Qualquer alteração no contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Segurado ou seu representante legal.

7.17.1. Nenhuma alteração neste seguro será válida se não for feita por escrito, com a

Sancor Seguros do Brasil S.A. - CNPJ 17.643.407/0001-30 - Av. Duque de Caxias, 882 - Ed. New Tower Plaza - Torre 2 - Zona 1 - Maringá - PR

CEP: 87013-180 | Capitais e regiões metropolitanas: 40030392 - Demais localidades: 08002000392 - www.sancorseguros.com.br

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. (V-31.07.2017)

concordância de ambas as partes contratantes, observadas as condições aprovadas.

7.18. Não é permitida a presunção de que a Seguradora possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem da Proposta, Apólice e seus anexos, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma do item anterior.

8 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

8.1. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24 horas da(s) data(s) definida(s) nas Condições Contratuais da Apólice e endossos correspondentes.

8.2. A Seguradora providenciará a emissão da Apólice ou do endosso no prazo de 15(quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

8.2.1. O início de vigência da cobertura para a Proposta de Contratação que tenha sido recepcionada, sem pagamento do prêmio, será a data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice.

8.2.2. O início de vigência da cobertura para a Proposta de Contratação que tenha sido recepcionada com adiantamento de prêmio, total ou parcial, será às 24 horas da data em que a Seguradora receber a proposta assinada pelo Segurado.

8.3. A Apólice poderá ser renovada automaticamente, uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas no item 20 destas Condições Gerais.

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

8.5. Após a primeira renovação automática, para as renovações seguintes deverá haver expressa manifestação do Segurado, seu Representante e/ou Corretor de Seguros, enviando à Seguradora proposta de renovação até 15(quinze) dias antes do final da vigência deste seguro.

8.5.1. A Seguradora fornecerá ao proponente protocolo que identifique a proposta de renovação por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

8.5.2. À proposta de renovação, aplicam-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados no item 7 destas Condições Gerais.

8.6. 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.

8.7. Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, irá comunicar aos segurados mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice.

9.1. A cobertura de cada Segurado cessa no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, observando-se em qualquer caso, a isenção da Seguradora de qualquer responsabilidade, sem restituições dos prêmios, se o Segurado, seus prepostos ou Beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro, ou ainda para obter ou majorar a indenização.

9.2. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura deste seguro cessa ainda:

a) quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;

b) quando ocorrer a morte ou a invalidez permanente total do Segurado.

9.3. Além das situações mencionadas anteriormente, a cobertura de cada Dependente cessa:

a) com o término da condição de dependente;

b) a pedido do Segurado.

10 - DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

10.1. É facultado ao Segurado indicar livremente o(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais, aplicando-se, na falta de indicação de Beneficiário, para efeito de pagamento do Capital Segurado, em caso de evento coberto, o disposto no art. 792 do Código Civil Brasileiro.

10.2. Para fins deste dispositivo, a(o) companheira(o) será equiparada(o) à(ao) esposa(o), nos casos admitidos pela lei Civil, observado o disposto no artigo 793 do Código Civil Brasileiro.

10.3. É facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir o(s) seu(s) Beneficiário(s), mediante comunicação escrita à Seguradora, devidamente assinada e protocolada pela Seguradora, observado o artigo 791 do Código Civil Brasileiro.

10.4. Qualquer mudança de Beneficiário(s), desde que respeitada a formalidade acima, entrará em vigor a partir da data em que for recebida pela Seguradora a comunicação, sob protocolo.

10.4.1. Caso o Segurado não dê ciência à Seguradora da substituição de seu(s) Beneficiário(s) na forma prevista no subitem anterior, a Seguradora se desobrigará, pagando o Capital Segurado ao(s) antigo(s) Beneficiário(s).

10.5. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, Diárias de Internação Hospitalar, Diária de Incapacidade Temporária, previstas nas Condições Especiais desta apólice, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

10.6. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do Segurado

Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais deste, salvo disposição em contrário.

11 - PAGAMENTO DO PRÊMIO

11.1. A cobrança do prêmio à vista ou parcelada será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, do qual deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:

- a) nome do Segurado;
- b) valor do prêmio;
- c) data de emissão;
- d) número da apólice;
- e) data limite para o pagamento.

11.1.1. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem 11.1. diretamente ao Segurado ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

11.2. O Segurado poderá optar se irá efetuar o pagamento do prêmio à vista ou de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual.

11.3. Caso o Segurado opte pelo pagamento dos prêmios de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de cobertura. Na hipótese de rescisão do presente contrato em que o Segurado pague os prêmios mensais, nenhuma devolução de prêmio será devida.

11.4. Caso o Segurado opte pelos prêmios anuais, cada pagamento será correspondente a um ano de cobertura.

11.5. A cobrança total ou parcial de prêmio antes da aceitação da proposta somente é admitida em caso de oferecimento de cobertura provisória ao proponente, para sinistros ocorridos no período de análise da proposta, e desde que expressamente prevista nas condições contratuais e solicitada pelo proponente na proposta.

11.5.1. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

11.6. Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada ficará a Seguradora obrigada a manter o registro das datas das operações realizadas.

11.7. O pagamento do prêmio será feito à Seguradora através da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei.

11.7.1. Quando o pagamento for efetuado através da rede bancária, além das informações

mínimas a que se refere o item 11.1, deverão constar do documento de cobrança o número da conta corrente da Seguradora, o nome e respectiva agência do banco recebedor e, se for o caso, a indicação de que o prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.

11.8. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com o dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

11.9. A Seguradora providenciará aviso alertando a inadimplência, no prazo máximo de 10 (dez) dias contados da primeira parcela não paga.

11.10. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

11.11. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.

11.12. O(s) prêmio(s) do seguro pago(s) em atraso terá(ão) seu(s) valor(es) atualizado(s) monetariamente até a data do efetivo pagamento pelo índice indicado no subitem 15.2 destas Condições Gerais.

11.12.1. Sem prejuízo do item anterior, incidirá(ão) ainda sobre o(s) prêmio(s) de seguro referente(s) ao período em atraso, juros moratórios de 12%(doze por cento) ao ano, calculados pro-rata-die.

11.13. A falta de pagamento do prêmio, seja pelo não pagamento do carnê ou outro documento de cobrança, seja pela inexistência de saldo suficiente na conta corrente indicada na Proposta de Contratação para débito, por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implicará o cancelamento automático do seguro.

11.13.1. Neste período de Tolerância (60 dias) o segurado terá cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

12 - REVISÃO DO PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO

12.1. Os Capitais Segurados serão estabelecidos na apólice e poderão ser revistos a qualquer momento, a pedido do Segurado, desde que expressamente aceitos pela Seguradora.

12.2. Qualquer aumento de Capitais implicará o aumento automático dos prêmios, obedecendo à mesma proporção aplicada ao acréscimo dos Capitais.

12.3. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, deverá ser previsto que os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

13 - PROVA DO SEGURO

13.1. A cada Segurado será enviada uma apólice individual que conterà os seguintes elementos mínimos:

- a) data do início do seguro; e
- b) Capitais Segurados de cada garantia,

13.2. Será incluída na apólice a informação de que cada Segurado, a qualquer tempo, poderá expressamente designar ou substituir os Beneficiários do plano de seguro, respeitado o disposto no item 10 destas Condições Gerais.

14 - CESSAÇÃO DA COBERTURA

14.1. A cobertura de qualquer Segurado cessa:

- a) no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada;**
- b) em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Gerais;**
- c) com o cancelamento da apólice:**
 - pelo pagamento da indenização por Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total do Segurado;**
 - na data em que for protocolado na Seguradora o pedido de cancelamento feito pelo Segurado, desde que por escrito e devidamente assinado.**
- d) com o esgotamento dos limites de indenização.**

15 - ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES DECORRENTES DO CONTRATO DE SEGURO

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

15.2. Para os efeitos da atualização monetária, será utilizado o Índice de Preço ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IPCA/IBGE.

15.2.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do Índice definido, a atualização monetária terá por base o Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) ou índice que vier a substituí-lo.

15.2.2. A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, salvo o disposto nos itens 15.7. e

15.8. destas Condições Gerais.

15.3. A título de juros de mora será utilizado o percentual de 12% (doze por cento) ao ano.

15.4. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora, não quitados nos prazos previstos nestas Condições Gerais, como devolução de prêmios e indenizações, sujeitam-se à atualização monetária, conforme previsto no subitem 15.2. acima.

15.5. A critério da Seguradora, a atualização poderá ser aplicada a partir da data de exigibilidade da obrigação pecuniária, mesmo que ela tenha sido paga dentro do prazo previsto. Considera-se como data de exigibilidade, a data de ocorrência do evento.

15.6. Quando o prazo, para quitação de qualquer obrigação pecuniária, fixado nestas Condições Gerais, não for observado, os valores devidos, além de corrigidos monetariamente, serão acrescidos de juros moratórios, com aplicação da taxa prevista no subitem 15.3., acima, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para o cumprimento da obrigação pecuniária.

15.7. O Capital Segurado e por consequência o respectivo prêmio, serão atualizados monetariamente a cada 12 (doze) meses, com base na variação acumulada do índice indicado no item 15.2 destas Condições Gerais, durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao da atualização anual.

15.8. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, o Capital Segurado deverá ser atualizado, até a data da ocorrência do evento gerador.

16 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS E PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

16.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverão informar imediatamente o sinistro à Seguradora, através do formulário “Aviso de Sinistro”, telegrama ou carta registrada, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas.

16.1.1. A comunicação feita por telegrama ou carta registrada não exonera o Segurado de encaminhar o formulário “Aviso de Sinistro”, anexando os documentos básicos listados no item 17 destas Condições Gerais, bem como esclarecendo todas as circunstâncias relacionadas ao evento, de forma a comprovar satisfatoriamente sua ocorrência.

16.2. Fica estabelecido o prazo de 30(trinta) dias para o pagamento do Capital Segurado devido pelo presente contrato de seguro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação que comprove a ocorrência de sinistro coberto pela Apólice e os prejuízos indenizáveis.

16.3. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou ao Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos no item 17 destas Condições Gerais, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 16.2, acima, será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos solicitados.

16.3.1. Não respeitado o prazo previsto no subitem 16.2, acima, os valores devidos serão corrigidos monetariamente, a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento, bem como acrescidos de juros moratórios, a partir do primeiro dia posterior à data da

Sancor Seguros do Brasil S.A. - CNPJ 17.643.407/0001-30 - Av. Duque de Caxias, 882 - Ed. New Tower Plaza - Torre 2 - Zona 1 - Maringá - PR

CEP: 87013-180 | Capitais e regiões metropolitanas: 40030392 - Demais localidades: 08002000392 - www.sancorseguros.com.br

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. (V-31.07.2017)

exigibilidade da obrigação até a data de seu efetivo pagamento, observado o disposto no item 15 destas Condições Gerais.

16.4. O pagamento será feito por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominativo, pagável no domicílio ou praça indicada pelo(s) Beneficiário(s) ou Segurado, no aviso de sinistro.

16.5. No caso de Beneficiários menores de idade, a indenização será paga conforme indicado a seguir:

a) pessoas de idade inferior a 16 (dezesseis) anos: a indenização será paga, em nome do menor, ao representante legalmente constituído;

b) pessoas de idade de 16 (dezesseis) a 18 (dezoito) anos, exclusive: a indenização será paga ao menor, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiver o pátrio poder) ou, finalmente, por seu tutor ou curador.

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

16.7. As despesas efetuadas com comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do interessado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

16.8. O pagamento da indenização poderá ser realizado sob a forma de parcela única ou em parcelas mensais, conforme descrito nas condições especiais de cada cobertura.

17 - RELAÇÃO DE DOCUMENTO PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

17.1. Os documentos básicos, necessários para liquidação de sinistro, que deverão ser encaminhados à Seguradora, são os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias, estas deverão ser autenticadas:

17.1.1. Para Cobertura de Morte Acidental

17.1.1.1. Formulário

a) Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, preenchido e assinado pelo Beneficiário.

17.1.1.2. Documentos do Segurado

a) Cópia da Certidão de Óbito;

b) Cópia da Certidão de Casamento, atualizada com a averbação do óbito do Segurado, se casado;

c) Cópia da Carteira de Identidade (RG), do CPF e do comprovante de residência;

d) Declaração médica indicando a causa mortis, com firma reconhecida;

e) Radiografias, quando houver;

f) Guia de Internação, quando houver;

- g) Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos de acidente de trânsito, onde o Segurado era o condutor do veículo;
- h) Cópia do Laudo de Exame Cadavérico do IML;
- i) Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico e Psicotrópico, se houver;
- j) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- l) Cópia do Termo de Reconhecimento de Cadáver, se o caso exigir;
- m) Cópia do Laudo de Perícia Técnica, se houver;
- n) Cópia de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), devidamente habilitado pelo médico, quando o caso exigir.

17.1.1.3. Documentos do(s) Beneficiário(s)

- a) Cópia da carteira de identidade (RG), do CPF e do comprovante de residência, quando maior(es) de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
- b) Cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário(s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe;
- c) Cópia do termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es).
- d) Em caso de Companheiro(a), além dos documentos indicados no subitem 17.1.1.3, alínea “a”, providenciar cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda ou Declaração de duas testemunhas de que o Segurado vivia maritalmente, especificando data, e se deixou filhos, (citar nomes), com assinatura reconhecida em cartório.

17.2. Toda responsabilidade de pagamento das indenizações oriunda deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora.

18 - JUNTA MÉDICA

18.1. As divergências e dúvidas sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente na Apólice será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15(quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de uma junta médica com 03(três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

18.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que estiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

19.1. Conforme o estabelecido no artigo 766 do Código Civil Brasileiro:

“Se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer colocações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa, perderá o direito à Garantia, além de ficar obrigado ao Prêmio vencido.”

“Parágrafo único. Se a inexatidão ou omissão não resultar de má fé do Segurado, a Seguradora terá direito de resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o Sinistro, a diferença do Prêmio.”

19.2. O Segurado também perderá o direito ao pagamento do Capital Segurado com base no presente seguro, caso haja por parte dele, seus representantes ou seu(s) Beneficiário(s):

a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro; e

b) agravamento intencional do risco objeto do contrato, conforme previsto no art. 768 do Código Civil Brasileiro.

19.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:

I - na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

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

a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

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

III - na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

19.4. Caso ocorra incidente suscetível de agravar o risco coberto, o Segurado, de imediato, deverá comunicar o fato, por escrito à Seguradora, sob pena de perder o direito à Garantia, se provar que silenciou de má-fé, conforme estabelecido no art. 796 do Código Civil Brasileiro.

19.5. A Seguradora poderá cancelar o contrato de seguro, mediante comunicação

escrita ao Segurado, dentro do prazo de 15(quinze) dias do recebimento do aviso de agravação, conforme previsto no parágrafo primeiro de artigo 769 do Código Civil Brasileiro.

19.5.1. O cancelamento só será eficaz trinta dias após a notificação, devendo ser restituída pela Seguradora a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

20 - RESCISÃO DO SEGURO

20.1. O seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca.

20.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará cancelado, independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização à parte infratora, preservados os direitos do Segurado, nas seguintes situações:

a) automaticamente com a morte do Segurado;

b) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais;

c) se houver dolo, prática de fraude, consumada ou tentada, por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato.

20.3. O pagamento de prêmios pelo Segurado, de qualquer valor, à Seguradora após a data da rescisão ou cancelamento não implica a reabilitação do seguro, nem gera qualquer efeito, devendo ser devolvido, devidamente corrigido.

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

21 - REINTEGRAÇÃO

21.1. A Seguradora fará a reintegração do Capital Segurado de cada garantia automaticamente após cada sinistro, exceto nos casos de morte e de invalidez permanente total.

22 - MODIFICAÇÃO DE CLÁUSULAS

22.1. Qualquer alteração das condições contratuais somente será válida e eficaz se o Segurado encaminhar proposta à Seguradora e esta, após análise, aceitar a alteração proposta, emitindo o respectivo Endosso.

22.2. No caso de aceitar a proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da aceitação, para emitir o respectivo Endosso.

22.3. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

22.4. No caso de não aceite da proposta, a Seguradora deverá manifestar, formalmente,

sua recusa, no prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da proposta apresentada, explicitando os motivos da referida recusa.

22.4.1. A ausência de manifestação, no prazo previsto no item 22.4, acima, significará aceitação da alteração proposta.

23 - TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

23.1. No seguro de pessoas, a Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), contra o causador do sinistro, conforme disposto no art. 800 do Código Civil Brasileiro.

24 - COBERTURA ADICIONAL E CLAÚSULA SUPLEMENTAR

24.1. As Coberturas Adicionais e Cláusulas Suplementares somente terão validade quando expressamente ratificadas e incluídas na Apólice por aditivo. Sua vigência coincidirá com a da Apólice quando incluídas no início do seguro. De modo contrário, terão o início de sua vigência fixado no Aditivo que as incluir na Apólice.

25 - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

25.1. A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Corretor só podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais e Especiais da Apólice e a Nota Técnica Atuarial submetida à SUSEP..

26 - FORO CONTRATUAL

26.1. Para dirimir qualquer dúvida ou questão resultante deste seguro, entre Segurado e Seguradora, é facultado ao Segurado adesão à Cláusula Compromissória de Arbitragem, que deverá estar expressamente indicada na Proposta e nas Condições Contratuais/Especificação da Apólice.

26.2. Ao concordar com a aplicação da cláusula, referida no item 26.1., acima, o Segurado estará se comprometendo a resolver todos seus litígios com a Seguradora por meio de Juízo Arbitral, cujas sentenças têm o mesmo efeito que as proferidas pelo Poder Judiciário.

26.3. Cláusula Compromissória de Arbitragem - Regida pela Lei nº 9.307, de 23 de Setembro de 1996:

Surgindo qualquer diferença quanto à indenização a ser paga por esta Apólice, esta deverá ser referida a um Árbitro a ser nomeado pelas partes de acordo com as disposições estabelecidas por lei. Se qualquer diferença pelo presente contrato for referida a arbitragem, o pronunciamento de uma sentença será condição prévia para qualquer direito de ação contra a Seguradora.

26.4. Não havendo opção, expressa, por parte do Segurado pela Cláusula Compromissória de Arbitragem, fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou Beneficiário, para dirimir qualquer dúvida ou questão resultante deste seguro.

26.5. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes contratantes,

será válida a eleição de foro diverso do previsto.

27 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES AO PLANO DE SEGURO

27.1. Este seguro está sujeito à análise de risco.

27.2. Este plano de seguro foi submetido à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, estando suas condições registradas através do processo nº 15414.900057/2013-49.

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

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

27.5. Os tributos decorrentes do presente contrato de seguro serão pagos por quem a lei determinar.

27.6. O segurado pode acessar o link da plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados (www.consumidor.gov.br).

27.7. Fale com a Ouvidoria através dos seguintes canais:

Ouvidoria Corporativa Sancor 0800 888 0402 (Funcionamento do canal de ouvidoria: De segunda a sexta feira, exceto feriados, das 08:00 às 20:00 horas).
Deficientes auditivos ou de fala: 0800 888 0399.

28 - PRESCRIÇÃO

28.1. Qualquer direito do Segurado, com fundamento na presente Apólice, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL

1 - OBJETO

1.1. Mediante pagamento de prêmio adicional correspondente e expressa inclusão desta cláusula na apólice do Segurado, o objetivo deste seguro é de **garantir aos Beneficiários do Segurado o reembolso de valores, comprovadamente gastos com despesas fixas de funeral do Segurado, até o valor estabelecido e fixado para esta cobertura na apólice, e desde que a morte do Segurado seja decorrente de acidente pessoal coberto.**

2 - DEFINIÇÕES DA COBERTURA

2.1. Entender-se-á por:

2.1.1. AUXÍLIO FUNERAL o reembolso de despesas fixas e comprovadas, pagos pelo(s) beneficiário(s) do Segurado.

2.1.2. DESPESAS FIXAS DE FUNERAL SÃO os valores comprovadamente gastos com o funeral do Segurado, para pagamento, exclusivo, das seguintes despesas:

- a) Gastos de Traslado e Remoção do corpo do Segurado, exclusivamente, dentro do Território Nacional;
- b) Aquisição de Urna/Caixão;
- c) Contratação de Carretos;
- d) Registro de Óbito em Cartório;
- e) Locação de Jazigo por período de até 3(três) anos a contar da data do sepultamento;
- f) Cremação, exclusivamente, quando existir no município de moradia habitual do Segurado;
- g) Paramentos, entendidos como castiçais, velas e aparelhos de ozona;
- h) Mesa de Condolências, entendida como mesa para livro de presenças;
- i) Velório, entendido como locação de sala velatória ou capela;
- j) Serviços de Ornamentação, entendidos como Véu, enfeite floral e uma coroa de flores;

3 - CAPITAL SEGURADO

3.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que ocasionou a morte acidental do segurado.

4.1. O pagamento do reembolso das despesas devidas dar-se-á em até 30 (trinta) dias da apresentação dos comprovantes originais de pagamento das despesas abrangidas, conforme previstas no item 2 desta Cobertura.

5 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO:

5.1. Além dos documentos relacionados no item 17 das Condições Gerais, deverão ser apresentados todos os comprovantes originais das despesas com funeral, conforme item 2 desta cobertura.

6 - CONCORRÊNCIA DE SEGUROS

6.1. Por se tratar de reembolso de despesas, existindo mais de uma apólice garantindo as despesas previstas pelo item 2 desta cobertura, a indenização obedecerá aos seguintes critérios:

a) Quando o total das despesas devidas for superior à soma dos Capitais Segurados das apólices:

A indenização será igual ao valor do capital estabelecido para esta cobertura.

b) Quando o total das despesas devidas for inferior à soma dos Capitais Segurados das apólices:

A indenização será igual ao resultado da aplicação do capital estabelecido para esta garantia, vezes o total das despesas acobertadas pelo item 2.1.2, desta cobertura, e dividido pela soma dos capitais segurados de todas as apólices.

7 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

7.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas

8 - RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

COBERTURA DE CESTA BÁSICA

1 - OBJETO

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir aos Beneficiários do Segurado o pagamento de “n” parcelas para aquisição de cestas básicas quando ocorrer a morte do segurado, decorrente de acidente pessoal coberto.

2 - CAPITAL SEGURADO

2.1 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que ocasionou a morte acidental do segurado.

3 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

3.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

4 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

4.1. O pagamento das parcelas para aquisição das cestas básicas será feito sob a forma mensal e no número de parcelas estipulado nas Condições Contratuais, limitado a 12 parcelas.

4.2. Em caso de morte do beneficiário que esteja recebendo as parcelas para aquisição das cestas básicas antes do fim do período estabelecido para o recebimento, as parcelas restantes serão pagas ao novo beneficiário, conforme a ordem estabelecida no item 10.2 das Condições Gerais.

5 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO:

5.1. Todos os documentos relacionados no item 17 das Condições Gerais, conforme o caso.

5.2. Quando contratada esta cobertura, esta Condição Especial passa a integrar as condições do seguro.

6 - RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL - DIHA

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garantir o pagamento de um valor diário fixo, pagável por dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar abrangida por esta cobertura, desde que a hospitalização seja decorrente de acidente pessoal coberto por este seguro.

1.1.1. A incapacidade do Segurado é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

1.2. O valor de cada diária será estabelecido na proposta de contratação e ratificado na respectiva apólice.

1.3. Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar abrangida pelo período mínimo de 12(doze) horas, comprovada a utilização de pelo menos 01(uma) diária hospitalar.

1.4. O benefício máximo pagável sob este seguro é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por internação, sendo que, na reinternação as diárias serão cumulativas para este efeito, conforme disposto no subitem 1.5., a seguir.

1.5. 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 tenha havido pagamento de benefício concedido por esta cobertura.

1.6. Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.

2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos Riscos Excluídos das Condições Gerais deste seguro, estão excluídos da presente cobertura os seguintes eventos:

- a) hospitalização decorrente de doença;**
- b) hospitalização quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;**
- c) procedimentos odontológicos;**
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;**

e) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

2.2. Exclusões por Instituição Hospitalar Não Abrangida:

2.2.1. Estão excluídas da cobertura as internações em instituições do tipo abaixo relacionadas:

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; e

d) Instituições de saúde hidroterápica ou clínicas 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 reabilitados; clínicas de emagrecimento ou SPA.

3 - VALOR DAS DIÁRIAS

3.1. O valor de cada diária será estabelecido na apólice, de acordo com a proposta de contratação, respeitados os limites indicados no item 6.1 desta cobertura.

4 - PAGAMENTO DAS DIÁRIAS

4.1. Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º (décimo sexto) dia do acidente, respeitando os limites estabelecidos no item 5.2 destas Condições Especiais.

4.2. As diárias serão pagas ao Segurado à medida que se tornem devidas, a cada 30 (trinta) dias.

5 - CAPITAL SEGURADO

5.1. O valor do capital segurado será estabelecido sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo segurado.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

6 - LIMITES

6.1. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, e estabelecida nas Condições Contratuais da Apólice.

7 - FRANQUIA

7.1. Para esta cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias, a contar da data da incapacidade.

8 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

8.1. As indenizações por Diárias de Internação Hospitalar são cumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro, isto é, se em consequência do acidente coberto, o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta desta cobertura, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez, a indenização paga por DIHA.

9 - RATIFICAÇÃO

9.1 Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - DITA

1 - OBJETO DO SEGURO

1.1. Garantir o pagamento de diárias ao Segurado, profissional liberal ou autônomo, que, em decorrência de acidente pessoal coberto, mantenha-se afastado de sua principal atividade profissional, por um período superior ao da franquia estipulada, conforme item 6 desta Cobertura.

1.1.1. A impossibilidade será caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

1.1.2. Para os efeitos desta cobertura, a impossibilidade de exercer atividade relativa à sua profissão somente será reconhecida, quando determinada por um médico legalmente habilitado e comprovada, posteriormente, através do envio dos exames complementares.

1.3. O valor da diária será estabelecido nas Condições Contratuais e informado na apólice, bem como o número de diárias contratadas sob estas Condições Especiais.

2 - DEFINIÇÕES

2.1 Além dos conceitos previstos no item 1, das Condições Gerais da apólice, para os fins desta cobertura, entende-se como “profissional liberal e autônomo” aqueles que contribuem para a Previdência Social (INSS) e recebem pagamentos por prestação de serviços, sem qualquer vínculo empregatício, sendo esta a forma principal de seus rendimentos.

3.1. O valor de cada diária será estabelecido na apólice, de acordo com a proposta de contratação, respeitados os limites indicados no item 4 desta cobertura.

3.2. A Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º (décimo sexto) dia do acidente, caracterizando a incapacidade, até o dia da sua volta à atividade laborativa, respeitando os limites estabelecidos no item 4 desta cobertura.

3.3. As diárias serão pagas ao Segurado à medida que se tornem devidas, a cada 30 (trinta) dias.

3.4. O afastamento somente será reconhecido quando determinado por um médico devidamente habilitado e comprovado posteriormente através do envio dos exames complementares.

4 - LIMITES

4.1. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, e estabelecida nas Condições Contratuais da Apólice.

5 - CAPITAL SEGURADO

5.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do afastamento.

6 - FRANQUIA

6.1. Para esta cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias, a contar da data da incapacidade.

7 - DOCUMENTAÇÃO BÁSICA

7.1. Além da documentação básica, prevista no item 17, das Condições Gerais, o Segurado deverá providenciar os seguintes documentos adicionais:

- a) Todos os laudos e exames realizados desde a data do diagnóstico até a data da entrega da documentação;
- b) Comprovação do exercício da atividade profissional;
- c) Cópia autenticada do recolhimento do INSS, do ISS ou ICMS;
- d) Cópia autenticada do último imposto de renda ou carnê leão.

8 - ÂMBITO TERRITORIAL

8.1. O disposto no subitem 5.1 das Condições Gerais deste seguro não se aplica à Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente, a qual só está coberta

Sancor Seguros do Brasil S.A. - CNPJ 17.643.407/0001-30 - Av. Duque de Caxias, 882 - Ed. New Tower Plaza - Torre 2 - Zona 1 - Maringá - PR

CEP: 87013-180 | Capitais e regiões metropolitanas: 40030392 - Demais localidades: 08002000392 - www.sancorseguros.com.br

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. (V-31.07.2017)

em caso de acidentes ocorridos no Brasil e durante a permanência do Segurado no País.

9 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

9.1. As indenizações por incapacidade temporária, decorrente de acidente, são cumulativas com qualquer outra cobertura deste seguro, ou seja, se em consequência de acidente coberto, o Segurado vier a falecer ou ficar total e permanentemente inválido, e, antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização, por conta desta cobertura, a Seguradora não abaterá da indenização devida por morte acidental ou invalidez por acidente, a indenização paga pela presente cobertura (DITA).

9.2. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento indenizável, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou sobreposição de indenização.

10 - TÉRMINO DA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais da apólice, a presente garantia perderá seus efeitos quando a cobertura sob estas Condições Especiais for cancelada, ficando, nesse caso, a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

11 - RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO - HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS - DMHO - (SEM FRANQUIA)

1 - OBJETO DA COBERTURA

1.1. Garante ao Segurado, nos casos de lesões ocorridas decorrentes de acidente coberto pela apólice, até o limite do Capital Segurado contratado, o reembolso das despesas médico-hospitalares e odontológicas, efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

1.1.1. Como tratamento, considera-se inclusive a internação hospitalar a critério do médico-assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, tomografia computadorizada, medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório.

2 - RISCOS EXCLUIDOS

2.1. Além das exclusões constantes das Condições Gerais, não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e de dietas especiais, bem como quaisquer despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente coberto;

3 - LIVRE ESCOLHA

3.1. É facultada ao Segurado e Dependente a livre escolha dos prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológico, desde que legalmente habilitados.

4 - COMPROVAÇÃO DE DESPESAS

4.1. O Segurado deverá comprovar as despesas médico-hospitalares e odontológicas, mediante a apresentação dos recibos originais acompanhados do Aviso de Sinistro, de receitas médicas, exames radiológicos, ultrassonográficos, tomográficos e de comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado de médico-assistente e contas hospitalares.

4.1.1. Devem ser anexadas cópias autenticadas dos seguintes documentos:

- a) Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;

b) RG, CPF e Certidão de Nascimento ou Casamento;

c) Comprovante de Residência.

5 - CAPITAL SEGURADO

5.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

6 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÃO

6.1. As indenizações por Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente seguro, isto é, se em consequência de acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da cobertura de DMHO, a Seguradora não abaterá do Capital Segurado devido por Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, o valor pago por DMHO.

7 - RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO- HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS - DMHO (FRANQUIA DE R\$ 200,00)

1 - OBJETO DA COBERTURA

1.1. Garante ao Segurado, nos casos de lesões ocorridas decorrentes de acidente coberto pela apólice, até o limite do Capital Segurado contratado, o reembolso das despesas médico-hospitalares e odontológicas, efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30(trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

1.1.1. Como tratamento, considera-se inclusive a internação hospitalar a critério do médico-assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, tomografia computadorizada, medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório.

2 - RISCOS EXCLUIDOS

2.1. Além das exclusões constantes das Condições Gerais, não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e de dietas especiais, bem como quaisquer despesas de acompanhantes;**
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente coberto;**

3 - LIVRE ESCOLHA

3.1. É facultada ao Segurado e Dependente a livre escolha dos prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológico, desde que legalmente habilitados.

4 - COMPROVAÇÃO DE DESPESAS

4.1. O Segurado deverá comprovar as despesas médico-hospitalares e odontológicas, mediante a apresentação dos recibos originais acompanhados do Aviso de Sinistro, de receitas médicas, exames radiológicos, ultrassonográficos, tomográficos e de comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado de médico-assistente e contas hospitalares.

4.1.1. Devem ser anexadas cópias autenticadas dos seguintes documentos:

d) Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;

e) RG, CPF e Certidão de Nascimento ou Casamento;

f) Comprovante de Residência.

5 - CAPITAL SEGURADO

5.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

6 - FRANQUIA

6.1. Para esta cobertura a franquia dedutível será de R\$ 200,00.

7 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÃO

7.1. As indenizações por Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente seguro, isto é, se em consequência de acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da cobertura de DMHO, a Seguradora não abaterá do Capital Segurado devido por Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, o valor pago por DMHO.

8 - RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO - HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS - DMHO (FRANQUIA DE R\$ 500,00)

1 - OBJETO DA COBERTURA

1.1. Garante ao Segurado, nos casos de lesões ocorridas decorrentes de acidente coberto pela apólice, até o limite do Capital Segurado contratado, o reembolso das despesas médico-hospitalares e odontológicas, efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30(trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

1.1.1. Como tratamento, considera-se inclusive a internação hospitalar a critério do médico - assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, tomografia computadorizada, medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório.

2 - RISCOS EXCLUIDOS

2.1. Além das exclusões constantes das Condições Gerais, não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e de dietas especiais, bem como quaisquer despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente coberto;

3 - LIVRE ESCOLHA

3.1. É facultada ao Segurado e Dependente a livre escolha dos prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológico, desde que legalmente habilitados.

4 - COMPROVAÇÃO DE DESPESAS

4.1. O Segurado deverá comprovar as despesas médico-hospitalares e odontológicas, mediante a apresentação dos recibos originais acompanhados do Aviso de Sinistro, de receitas médicas, exames radiológicos, ultrassonográficos, tomográficos e de comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado de médico-assistente e contas hospitalares.

4.1.1. Devem ser anexadas cópias autenticadas dos seguintes documentos:

g) Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;

h) RG, CPF e Certidão de Nascimento ou Casamento;

i) Comprovante de Residência.

5 - CAPITAL SEGURADO

5.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

6 - FRANQUIA

6.1. Para esta cobertura a franquia dedutível será de R\$ 500,00.

7 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÃO

7.1. As indenizações por Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente seguro, isto é, se em consequência de acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da cobertura de DMHO, a Seguradora não abaterá do Capital Segurado devido por Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, o valor pago por DMHO.

8 - RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

CLÁUSULA DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1 - OBJETO DO SEGURO

1.1. A presente Cláusula garante o pagamento de indenização ao Segurado pela morte acidental de seu cônjuge, ou pagamento ao próprio cônjuge, se contratadas, também, as garantias de invalidez permanente total por acidente ou invalidez permanente total ou parcial por acidente, observadas as condições desta Cláusula e as demais disposições das Condições Contratuais.

2 - CONCEITOS

2.1. Cônjuge é a pessoa com a qual o Segurado mantém vínculo matrimonial.

2.1.1. Equipara-se ao cônjuge, para efeito deste seguro, a(o) companheira(o) do Segurado, desde que haja comprovação de união estável, na forma admitida na legislação em vigor, por ocasião da ocorrência de eventual sinistro.

3 - GARANTIAS

3.1. Poderão ser contratadas para a cobertura de cônjuge de que trata esta Cláusula, as seguintes garantias:

- a) Morte Acidental;
- b) Invalidez Permanente Total;
- c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

3.2. As garantias acima somente poderão ser admitidas se o Segurado as contratar, observados, em todos os casos, que o seguro sob esta Cláusula está sujeito às mesmas disposições previstas para o seguro do Segurado.

4 - DOCUMENTAÇÃO BÁSICA

4.1. Os documentos básicos para a análise do sinistro do cônjuge são os mesmos previstos para os Segurados, nas condições contratuais deste seguro.

5 - CAPITAL SEGURO

5.1. O Capital Segurado da(s) cobertura(s) do cônjuge ou companheiro(a) será estabelecido nas condições da apólice, podendo ser expresso em percentuais do Capital Segurado do Segurado.

5.1.1. O Capital Segurado do cônjuge ou companheiro(a) não poderá ser superior a 100 % (cem por cento) do fixado para a(s) respectiva(s) cobertura(s) do Segurado.

5.2. Considera-se, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do evento.

6 - VIGÊNCIA

6.1. A cobertura do risco individual previsto nesta cláusula começará a vigorar na data do início da cobertura do risco individual do Segurado, quando o Segurado solicitar o seguro para o cônjuge no momento da contratação de seu seguro, observadas as regras de aceitação de Segurados previstas nas Condições Gerais.

6.1.2. Na data da inclusão da cláusula na apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta for incluída após o início de vigência da apólice.

6.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cláusula cessará individualmente para o cônjuge ou companheiro(a), incluído(a) no seguro, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

- a) quando a presente cláusula for cancelada na apólice;
- b) com a cessação da condição de dependente, independentemente deste fato ter sido ou não comunicado à Seguradora e de eventuais prêmios pagos.

7 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

7.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

8 - BENEFICIÁRIOS

8.1. A indenização por morte acidental, devida por esta Cláusula será paga ao Segurado.

8.1.1. Em caso de contratação da(s) cobertura(s) de invalidez, prevista(s) nas alíneas “b” e “c” do subitem 3.1 acima, a indenização será paga ao próprio cônjuge ou companheiro(a).

8.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais deste, salvo disposição em contrário.

9 - RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas por esta Cláusula.

CLÁUSULA DE INCLUSÃO DE FILHO

1 - OBJETO DO SEGURO

1.1. A presente Cláusula garante o pagamento de indenização ao Segurado pela morte acidental do(s) filho(s), ou dependentes equiparados a filhos, para efeito deste seguro, observadas as condições desta Cláusula e as demais disposições das Condições Contratuais.

1.1.1. Esta Cláusula somente poderá fazer parte das condições do seguro se expressamente contratada, a pedido do Segurado, e será incluída na apólice.

2 - CONCEITO

2.1. Consideram-se como filhos, para efeitos desta Cláusula, as pessoas caracterizadas como Segurados Dependentes, na forma prevista nas Condições Gerais desta apólice.

3 - GARANTIAS

3.1. Poderá ser contratada para a cobertura de filho de que trata esta Cláusula a Cobertura de Morte Acidental.

3.2. A garantia acima somente poderá ser admitida se o Segurado a contratar, observados, em todos os casos, que o seguro sob esta Cláusula está sujeito às mesmas disposições previstas para o seguro do Segurado.

4 - DOCUMENTAÇÃO BÁSICA

4.1. Os documentos básicos para a análise do sinistro do filho são os mesmos previstos para o Segurado, nas condições contratuais deste seguro.

5 - CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado da garantia dos filhos será estabelecido na apólice, podendo ser expresso em percentuais do Capital Segurado do Segurado.

5.1.1. O percentual fixado não poderá em hipótese alguma ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado.

5.1.2. No caso de menores de 14 (quatorze) anos, o Capital Segurado sob esta Cláusula 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 o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

5.2. Considera-se, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do evento.

6 - VIGÊNCIA

6.1. A cobertura dos riscos individuais sob esta Cláusula começará a vigorar:

6.1.1. Na data do início da cobertura do risco individual do Segurado, para o(s) filho(s) ou dependente(s) equiparado(s) a filho(s), cuja contratação é admitida simultaneamente com o mesmo (Segurado).

6.1.2. Na data da inclusão da cláusula na apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta for incluída após o início de vigência da apólice.

6.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cláusula cessará individualmente para o(s) filho(s) ou dependente(s) equiparado(s) a filho(s), incluídos no seguro, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

a) quando a presente cláusula for cancelada na apólice;

b) com a cessação da condição de dependente, independentemente deste fato ter sido ou não comunicado à Seguradora e de eventuais prêmios pagos.

7 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

7.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

8 - BENEFICIÁRIOS

8.1. A indenização por morte acidental, devida por esta Cláusula, será paga ao Segurado.

8.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais deste, salvo disposição em contrário.

9 - RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas por esta Cláusula.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1 - OBJETO DA COBERTURA

1.1. Garante na forma a seguir indicada, o pagamento de uma indenização ao Segurado, **em caso de invalidez permanente, total ou parcial, decorrente de acidente pessoal coberto e desde que esteja terminado o tratamento e seja definitivo o caráter da invalidez total ou parcial.**

1.2. Desde que contratada, a cobertura garante ao Segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela para o cálculo de Indenização **em caso de invalidez permanente, total ou parcial, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, caso haja a perda redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas desta Cobertura e das Condições Gerais da Apólice.**

2 - RISCOS COBERTOS

2.1. Como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, constantes da tabela contida no **item 2.12**, desta cobertura, em virtude de lesão física, **causada por acidente pessoal devidamente coberto.**

2.2. Após cada acidente, o Capital Segurado relativo a esta cobertura será reintegrado automaticamente sem cobrança de prêmio, aplicando-se o disposto no **subitem 2.9**, a seguir, na ocorrência de novo evento coberto.

2.3. Se, após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, verificar-se a existência de invalidez permanente, total ou parcial, avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma indenização, de acordo, com “TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL”, constate no **subitem 2.12** desta Cobertura.

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

2.5. Na falta de indicação de percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau de redução: máximo, médio e mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25% respectivamente.

2.6. Nos casos não especificados na Tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

2.7. Quando o mesmo acidente resultar invalidez permanente parcial de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, **cujo total não pode exceder a 100%(cem por cento).**

2.8. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a indenização prevista para sua perda total.

2.9. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução em um órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito à indenização, e será deduzida do grau de invalidez definitiva.

2.10. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente total ou parcial.

2.11. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.

2.12. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Discriminação	Sobre a Importância Segurada
Invalidez Permanente Total	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total de 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 um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Invalidez Permanente Parcial (Diversas)	%
Perda total de visão de um olho	30
Perda total de 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 no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento toracolumbosacro da coluna vertebral	25
Invalidez Permanente Parcial de Membros Superiores	%
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos radioulnares	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 metacarpião	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpião	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.	???
Invalidez Permanente Parcial de 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 tibioperoneiros	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 quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma das falanges do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	???
<p>Encurtamento de um dos membros inferiores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de 5 (cinco) centímetros ou mais - de 4 (quatro) centímetros - de 3 (três) centímetros - menos de 3 (três) centímetros 	<p>15</p> <p>10</p> <p>6</p> <p>sem indenização</p>

3 - CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data do acidente.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

4 - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito no item 16, providenciando os documentos básicos descritos no item 17, ambos das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias, estas deverão ser autenticadas:

a) Cópia do Laudo de Exame de Corpo de Delito (IML);

b) Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente, e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

5 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

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

6 - RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1 - OBJETO DA COBERTURA

1.1. Garante na forma a seguir indicada, o pagamento de uma indenização ao Segurado, em caso de invalidez permanente total, desde que esteja terminado o tratamento e seja definitivo o caráter da invalidez.

1.2. Desde que contratada, garante ao Segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela para o cálculo de indenização, em caso de Invalidez permanente total, equivalente ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva total de membros ou órgão, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observados as demais cláusulas desta Cobertura e das Condições Gerais da Apólice.

2 - RISCOS COBERTOS

2.1. Como Invalidez Permanente Total por Acidente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total, de membros ou órgão, constantes da tabela abaixo, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto.

2.2. Após cada acidente, o Capital Segurado relativo a esta Cobertura será reintegrado automaticamente sem cobrança de prêmio aplicando-se o disposto no subitem 2.4, a seguir, na ocorrência de novo evento coberto.

2.3. Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificar-se a existência de invalidez permanente total, avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma indenização, de acordo, com “TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL”, constante do subitem 2.7 desta Cobertura.

2.4. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução em um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito à indenização, e será deduzida do grau de invalidez definitiva total.

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

2.6. A Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.

2.7. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

Discriminação	Sobre a Importância Segurada
Invalidez Permanente Total	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total de 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 um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Invalidez Permanente Parcial (Diversas)	100

3 - CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data do acidente.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

4 - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder, conforme descrito no **item 16**, providenciando os documentos básicos descritos no **item 17**, ambos das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias, elas deverão ser autenticadas:

- a) Cópia do Laudo de Exame de Corpo de Delito (IML);
- b) Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas totais definitivas, deixadas pelo acidente, e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

5 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

5.1. As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, verificar-se a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização

devida pelo caso de Morte Acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial, não se exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte Acidental.

6 - RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1 - OBJETO DO SEGURO

1.1. Garantir ao(s) Beneficiário(s), indicado(s) na apólice, o pagamento do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de morte do Segurado causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, conforme definido no subitem 1.1 das Condições Gerais, ocorrido durante a vigência deste seguro, observadas todas as suas demais cláusulas e condições.

2 - CAPITAL SEGURADO

2.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga ao(s) Beneficiário(s), em razão de sinistro coberto, conforme estabelecido na apólice, e vigente na data do acidente.

2.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

3 - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

3.1. Em caso de sinistro cabe ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 16, providenciando os documentos básicos descritos no item 17, das Condições Gerais desta apólice.

4 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

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

5 - RATIFICAÇÃO

5.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.