



INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

Condições Gerais
Processo SUSEP nº

SUMÁRIO

1.	OBJETIVO DO SEGURO	3
2.	DEFINIÇÕES.....	3
3.	GARANTIAS DO SEGURO	10
4.	RISCOS COBERTOS	10
5.	RISCOS EXCLUÍDOS	11
6.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	13
7.	CARÊNCIA E FRANQUIA.....	13
8.	GRUPO SEGURÁVEL	13
9.	ACEITAÇÃO DO SEGURO	15
10.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	16
11.	CAPITAL SEGURADO.....	18
12.	PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	19
13.	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	21
14.	PRAZO DE TOLERÂNCIA.....	22
15.	PERDA DE DIREITO	23
16.	CANCELAMENTO DO SEGURO	24
17.	OBRIGAÇÕES.....	25
18.	REGULAÇÃO DE SINISTROS	26
19.	COMPROVAÇÃO DO SINISTRO	29
20.	REGIME FINANCEIRO	32
21.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	32
22.	SUB-ROGAÇÃO.....	32
23.	FORO	33
24.	DISPOSIÇÕES GERAIS	33
25.	RATIFICAÇÃO	33

1. OBJETIVO DO SEGURO

Garantir o pagamento de indenização, limitada ao Capital Segurado contratado, ao Segurado Principal, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, em consequência de acidente pessoal coberto, conforme a definição de Acidente Pessoal do item 2 dessa Condições Gerais, ocorrido durante a Vigência da Cobertura individual do segurado.

DEVIDO À NATUREZA DO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, ESTE PLANO NÃO PERMITE CONCESSÃO DE RESGATE OU DEVOLUÇÃO DE QUAISQUER PRÊMIOS PAGOS, UMA VEZ QUE CADA PRÊMIO É DESTINADO A CUSTEAR O RISCO DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES NO PERÍODO.

O Seguro comercializado pela Capemisa é seguro de vida personalizado. Sendo assim, tal produto não se caracteriza como plano de previdência privada, aposentadoria ou investimento e não têm como objetivo proporcionar ganhos financeiros ao segurado ou seu(s) beneficiário(s).

2. DEFINIÇÕES

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

Incluem-se neste conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor e o prazo de carência;
- 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) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Excluem-se deste conceito:

- a) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como as Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "Invalidez Acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no subitem 2.1;
- e) Acidente vascular cerebral (AVC), por ser uma Doença caracterizada por déficit neurológico como resultado de distúrbio na circulação cerebral, não caracteriza Acidente Pessoal para fins deste Seguro.

Apólice de Seguro: É o documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da Garantia solicitada pelo Estipulante.

Aviso de Sinistro: É o documento que deve ser preenchido e enviado à CAPEMISA, pelo Segurado, Beneficiário ou Estipulante, logo tenha conhecimento da ocorrência do sinistro.

Beneficiário: É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Boa-Fé: Um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do Contrato e na determinação dos compromissos assumidos.

Cancelamento: É a extinção do Contrato de Seguro antes do término de sua Vigência.

Capital Segurado: É o valor máximo para a Garantia contratada a ser pago pela Seguradora, na ocorrência do sinistro coberto, vigente na data do evento, pelas Condições Gerais.

Certificado Individual: É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do Seguro ou da alteração de valores do Capital Segurado ou do prêmio.

Coberturas de Risco: São as coberturas do Seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada. Denominadas nestas Condições Gerais de Garantias.

Condições Contratuais: É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice e da Proposta de Contratação.

Condições Gerais: É este conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do Seguro.

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

Contrato do Seguro: É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

Corretor de Seguros: É a pessoa física ou jurídica, legalmente autorizada a angariar e a promover Contratos de Seguro.

Doença em Estágio Terminal: Aquela em estágio terminal sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

Doença ou Lesão Preexistente: As doenças, lesões ou sequelas, inclusive as congênitas, contraídas antes da data de contratação do Seguro, que são de prévio conhecimento do Participante, e que, se não forem declaradas na Proposta de Inscrição, não geram para o Segurado ou Beneficiário o direito à Indenização.

Displasia Cervical: Crescimento desordenado de células no colo uterino, que podem evoluir para o câncer.

Estipulante: É a pessoa jurídica, que contrata a Apólice Coletiva de Seguro, investida dos poderes de representação dos Segurados nos termos da legislação e da regulamentação em vigor.

Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais.

Garantias: São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado, através de suas Condições Contratuais, quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

Grupo Segurado: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na Apólice Coletiva.

Grupo Segurável: É a totalidade dos empregados ativos vinculados ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.

Indenização: O valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva Garantia contratada.

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

Liquidação de Sinistro: É o processo para pagamento da indenização ao Segurado/Beneficiário.

Médico: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do Segurado. Não serão aceitos como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Médico Assistente: Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

Migração de Apólices: É a transferência de Apólice Coletiva em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

Natimorto: Aquele que nasceu morto ou que, tendo vindo à luz com sinais de vida, logo morreu.

Nota Técnica Atuarial: É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

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

Período de Cobertura: Aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos Capitais Segurados contratados.

Plano de Seguro: Documento elaborado pelas Seguradoras com a finalidade de estabelecer as normas operacionais de um determinado ramo de seguro. É subdividido em: Condições Gerais do ramo, Coberturas Básicas oferecidas (Condições Especiais), Coberturas Adicionais e Cláusulas Específicas disponíveis (Condições Particulares), e Nota Técnica Atuarial. O Plano de Seguro é submetido à SUSEP, que pode determinar às Seguradoras que nele promovam alterações para a sua adequação à legislação e contém todas as Garantias disponíveis. Na proposta de contratação, ficarão estabelecidas quais as garantias que estão disponíveis no Plano de Seguros que serão contratadas.

Prazo de Carência: É o período, contado do início de vigência da cobertura individual do segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não farão jus aos Capitais Segurados contratados.

Prêmio: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do Seguro.

Proponente: É o interessado em contratar a garantia (ou garantias), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

Proposta de Contratação: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de aderir ou contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

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

Prazo de Tolerância: Período de 90 (noventa) dias ininterruptos, contados a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do pagamento da Contribuição vencida e não paga, durante o qual o Participante ainda fará jus à cobertura contratada.

Regime Financeiro de Repartição Simples: É a estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos ocorridos nesse período.

Reintegração de Capital: Restabelecimento da importância segurada após a ocorrência do sinistro e o pagamento do Capital Segurado Individual pelo evento coberto.

Renovação Automática: Modalidade de renovação na qual o Seguro permanece em vigor, sempre que não exista manifestação em contrário de uma ou de ambas as partes contratantes.

Risco: É o evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o Seguro.

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

Segurado: É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e estabelecerá o Seguro, podendo ser subdividido em:

- a) Segurado Principal: é a pessoa física que mantém vínculo empregatício com o Estipulante;
- b) Segurado Dependente: é a pessoa física incluída no Seguro por intermédio do Segurado Principal.

Seguradora: É a empresa, devidamente constituída e legalmente autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (Susep) a operar no país, que assume os riscos inerentes as garantias contratadas, que nos termos destas Condições Gerais é a Capemisa Seguradora de Vida e Previdência S/A.

Seguro: É o Contrato pelo qual uma das partes se obriga, mediante cobrança de prêmio, a indenizar outra pela ocorrência de determinados eventos ou por eventuais prejuízos. É a proteção econômica que o indivíduo busca para prevenir-se contra a necessidade aleatória.

Sinistro: É a ocorrência do risco coberto durante o período de vigência do plano de Seguro.

Subestipulante: É a pessoa jurídica investida de poderes de representação dos Segurados de cada subgrupo, perante a Seguradora. Somente será aceita como Subestipulante, a pessoa jurídica com a qual exista a relação empregado/empregador dos que exercem atividades na empresa.

Vigência do Seguro: É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

Vigência da Cobertura individual: É o período em que o Segurado está coberto pelas garantias deste seguro.

Traslado de Corpo: Ato de transportar um corpo de um lugar para outro (Local do sepultamento ou cremação).

3. GARANTIAS DO SEGURO

3.1 Para fins deste Seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles definidos e estabelecidas nas Condições Contratuais, convencionadas nas cláusulas anexas à Apólice, devidamente ratificados no Contrato, que dela fazem parte integrante e inseparável.

3.2 Este seguro oferece como Garantia Básica:

- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

4. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos mencionados no subitem Acidentes Pessoais, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) Suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) Acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) Acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) Acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) Ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) Choque elétrico e raio;
- h) Contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) Infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k) Queda n'água ou afogamento.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Estão expressamente excluídos da Garantia Básica, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- c) atos de Terrorismo Nuclear, Biológico ou Químico. Perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor estas Condições Gerais;
- d) movimentos populares, represálias, restrições à livre circulação, greves, explosões, emissão de calor ou radiação provenientes da transmutação ou desintegração de núcleo atômico, de radioatividade ou outros casos de força maior que impeçam a intervenção da Seguradora;
- e) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) utilização de instrumentos de guerra ou armas de fogo;
- g) participação em disputas ou duelos (amadores e profissionais);
- h) sequestro ou tentativa de sequestro;
- i) doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do Seguro, não declarados na Proposta Individual de Adesão e de conhecimento do Segurado;
- j) doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;

- k) acidentes sofridos antes da contratação do Seguro, ainda que suas consequências se manifestem durante a Vigência da Cobertura individual do segurado;
- l) o suicídio, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos dois primeiros anos da Vigência da Cobertura individual do segurado;
- m) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;
- n) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, choque anafilático, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, desde que decorrentes de acidente pessoal não coberto;
- o) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;
- p) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- q) perda de dentes e danos estéticos, salvo se contratado cobertura correspondente.
- r) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- s) atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- t) atos reconhecidamente perigosos que não seja motivado por necessidade justificada
- u) nos Seguros contratados por pessoa jurídica, são excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários, e pelos respectivos representantes;
- v) para portadores de deficiência física:
 - Lesões e/ou doenças relacionadas a quaisquer manifestações clínicas preexistentes, devidamente evidentes como direta e/ou indiretamente relacionadas à causa da deficiência física e/ou às suas repercussões, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta Individual de Adesão;
 - Condições clínicas advindas de qualquer complicação, inclusas as decorrentes e as relacionadas aos tratamentos instituídos;
 - Lesões e disfunções preexistentes de qualquer natureza e expressão e suas respectivas consequências, que tenham sido induzidas, precipitadas e/ou facilitadas pela deficiência física do Segurado e/ou por quaisquer de suas interdependências patológicas e/ou disfuncionais, mesmo que temporárias, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta Individual de Adesão.
- w) danos morais;

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

5.2 A Seguradora não se eximirá ao pagamento da Indenização, quando a morte ou a incapacidade do Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5.3 A Seguradora não se eximirá ao pagamento da Indenização, quando a morte ou a incapacidade do Segurado for diretamente de um acidente pessoal, os eventos abaixo:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
- b) o parto ou aborto e suas consequências;
- c) o choque anafilático e suas consequências.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

7. CARÊNCIA E FRANQUIA

7.1 Não se aplica Período de Carência para esta Garantia Básica, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos contados a partir do início de vigência da cobertura individual do segurado.

7.2 Não se aplica Período de Franquia para esta Garantia Básica.

8. GRUPO SEGURÁVEL

Somente serão aceitos no grupo Segurado os proponentes pertencentes ao grupo segurável, isto é, que de qualquer modo se vinculem ao Estipulante, que estejam em gozo de boa saúde e em plena atividade profissional, observados os limites de idade e de Capitais Segurados, e

que tiverem preenchido e assinado a Proposta Individual de Adesão, com a Declaração Pessoal de Saúde, quando exigida, o que será ratificado na Proposta de Contratação.

A aceitação do Segurado fica condicionada à análise pela Seguradora da Proposta Individual de Adesão.

8.1 O vínculo de que trata o subitem anterior estará de forma clara e objetiva definido na Proposta de Contratação.

8.2 Para a contratação do Seguro sobre a vida dos outros, o proponente é obrigado a declarar, sob pena de falsidade, o seu interesse pela preservação da vida da pessoa que deseja segurar. Até prova em contrário, presume-se o interesse quando a pessoa a quem se deseja segurar é cônjuge, ascendente ou descendente do interessado.

8.3 Nos Seguros não contributários, todos os dirigentes, empregados ou associados do Estipulante serão incluídos na Apólice, excetuando-se apenas as pessoas impedidas de serem seguradas e aquelas que se manifestarem expressamente contra sua inclusão no Seguro.

8.4 Poderão ser incluídos no seguro os proponentes com idade mínima de 14 (quatorze) anos e máxima 80 (oitenta) anos de idade, na data de início de Vigência do Risco Individual.

8.5 Podem ser aceitos na Garantia Básica, mediante prévio acordo entre as partes, os aposentados por tempo de serviço que estejam em perfeitas condições de saúde, o que constará na Proposta de Contratação.

8.5.1 Fica estabelecido que a aceitação de aposentados só é permitida em 2 (dois) momentos:

- quando da recepção do grupo de Segurados, por ocasião da implantação da Apólice e desde que os mesmos já façam parte do grupo Segurado, de acordo com as condições estabelecidas no item 8; ou
- quando de sua efetiva aposentadoria, que implicará em sua manutenção na Apólice, sem interrupção de vigência individual.

8.5.2 O aposentado somente será mantido no Seguro enquanto seu prêmio for pago por intermédio do Estipulante.

8.6 Se o Segurado tiver sido aceito no Seguro com idade acima do limite fixado na Apólice, por motivo de inexatidão na informação de sua idade ou data de nascimento, por qualquer motivo, seu Seguro será considerado nulo, sem direito a qualquer devolução de prêmio, ainda que a constatação do erro na idade aconteça quando ocorrer algum evento coberto pela Apólice.

8.6.1 Se a inexatidão ou omissão na informação de sua idade ou data de nascimento, por qualquer motivo, não resultar de má-fé do Segurado, deverá ser considerado o subitem 15.4 destas Condições Gerais.

8.7 Os portadores de deficiência física que fizerem parte do grupo segurável estarão aceitos na garantia básica, todavia, ficando excluídos os riscos relacionados na alínea “v” do item 5.1.

9. ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1 A aceitação do Contrato de Seguro somente será feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de Seguros habilitado, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete.

9.2 A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a não aceitação da proposta, contados a partir da data de seu recebimento, seja para Seguros novos, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. No caso do término do prazo de 15 (quinze) dias sem que tenha ocorrido manifestação por parte da Seguradora, se caracterizará a aceitação tácita da proposta.

9.3 A Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação.

9.4 No caso de não aceitação da proposta, a Seguradora deverá enviar, obrigatoriamente, uma comunicação formal ao proponente, justificando a recusa, devidamente fundamentada.

9.5 Em caso de recusa do risco em que tenha havido pagamento parcial ou total de Prêmio, a Seguradora deverá restituir o proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos contados da data de formalização da recusa. O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio

pago integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado pela variação do índice conforme definido no item 13. Nesse caso, há cobertura do risco durante o período entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

9.6 Aceita a Proposta de Contratação, a Seguradora emitirá e encaminhará ao Estipulante a Apólice de Seguro, em até 15 (quinze) dias a partir da data de aceitação da proposta. Em cada uma das renovações subsequentes seguirá o correspondente aditivo.

9.7 Aceita a Proposta Individual de Adesão, a Seguradora emitirá e encaminhará ao Segurado o Certificado Individual, em até 15 (quinze) dias a partir da data de aceitação da proposta. Em cada uma das renovações subsequentes seguirá o correspondente aditivo.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

10.1 VIGÊNCIA DO SEGURO

A vigência do seguro será de até 5 (cinco) anos, sendo definida nas Condições Contratuais.

10.1.1 As Apólices, os Certificados Individuais e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

10.1.2 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.

10.1.3 Nos Contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de Prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará na Proposta de Contratação.

10.1.4 Os Contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do Prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, ou data posterior, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará na Proposta de Contratação.

10.2 RENOVAÇÃO DO SEGURO

10.2.1 Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora e o Estipulante a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

10.2.2 As Apólices e os certificados individuais poderão ser renovados automaticamente uma única vez, e por igual período, salvo se a Seguradora ou o Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da Apólice, comunicar o desinteresse pela Renovação. As renovações posteriores devem ser feitas de forma expressa.

10.2.3 A renovação que não implicar em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada na forma expressa.

10.2.4 A renovação que implicar em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

10.2.5 Na renovação, será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas incidentes.

10.2.6 Caso a sociedade seguradora não tenha interesse na renovação, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

10.2.7 No final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada, a cobertura de cada Segurado cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.

11. CAPITAL SEGURADO

11.1 Entende-se como Capital Segurado o valor máximo para a Garantia contratada a ser pago pela Seguradora ao(s) Segurado(s) ou beneficiário(s), no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

11.2 Para cada grupo pode haver uma ou mais classes de Capitais Segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores objetivos, o que constará na Proposta de Contratação, tais como:

- a) Capital de livre escolha definido na Proposta Individual de Adesão;
- b) Múltiplo salarial;
- c) Capital único ou fixo;
- d) Escalonado por idade;
- e) Escalonado por faixa salarial;
- f) Escalonado por categoria funcional.

11.3 Nos Seguros em que o Segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da Seguradora do valor do Capital Segurado contratado sem a devida solicitação expressa do Segurado.

11.4 Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional, estando vedada à utilização de qualquer outra unidade monetária.

11.5 No caso de Invalidez Parcial o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

11.6 A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

11.7 O valor do Capital Segurado de cada segurado obedecerá os limites estabelecidos na Proposta de Contratação que determinarão os valores mínimo e máximo a ser pago pela Seguradora no caso de ocorrência de sinistro de evento coberto.

11.8 Nos Seguros de Pessoas, o Capital Segurado é livremente estipulado pelo Segurado Principal, observando-se o critério de capital e o limite acordados entre as partes e

estabelecidos na Proposta de Contratação, podendo haver contratação de Seguro, sobre o mesmo interesse, com a mesma Seguradora, ou Seguradoras diversas.

11.9 O Capital Segurado, de acordo com o plano de Seguro contratado, será pago sob a forma única, o que constará expressamente do Contrato.

11.10 O valor da indenização, no momento do sinistro, não poderá ultrapassar o valor do Capital Segurado estipulado na Proposta de Contratação e, em hipótese alguma, o limite máximo individual de garantia fixado na Apólice, salvo em caso de atualização monetária (reajuste) ou mora da Seguradora.

11.11 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente do Segurado.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

12.1 O Segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio de acordo com o meio de pagamento selecionado na contratação.

12.1.1 A comprovação do pagamento, quando necessária, ocorrerá por meio do envio de um documento suporte comprobatório, referente a qualquer um dos meios de pagamento disponíveis. Neste caso, caberá à CAPEMISA verificar as informações junto à instituição de cobrança conveniada.

12.2 - Quando o meio de pagamento selecionado para o contrato for averbação em folha de pagamentos, deverão ser observados os critérios elencados a seguir.

12.2.1 - Caso o custeio do plano contratado seja processado com sucesso, e em seu valor integral, pelo consignante na folha de pagamentos do participante, a ausência de repasse à CAPEMISA de contribuições recolhidas pelo consignante não poderá causar prejuízo ao participante, no que se refere ao benefício previsto neste regulamento.

12.2.2 Caso o custeio do plano contratado não seja processado com sucesso na folha de pagamentos do participante, ou o valor processado esteja abaixo do valor integral, poderá a CAPEMISA efetuar o débito na conta corrente do participante, do valor que integre a totalidade da contribuição mensal devida, conforme autorização expressa na proposta de inscrição.

12.3 - Quando o meio de pagamento selecionado para o contrato for boleto bancário, este será enviado pela CAPEMISA, por correspondência física ou eletrônica, com antecedência de, pelo menos, 10 (dez) dias da data de seu vencimento.

12.3.1 O participante que não receber o boleto bancário, deverá entrar em contato imediatamente com a Central de Relacionamento CAPEMISA e/ou outros canais de atendimento disponíveis.

12.4 Quando o meio de pagamento selecionado for débito em conta, é responsabilidade do participante efetuar e manter a autorização do débito junto à instituição bancária.

12.5 O Participante que desejar alterar o meio de pagamento deverá entrar em contato com a Central de Relacionamento CAPEMISA e/ou outros canais de atendimento disponíveis e verificar as alternativas disponíveis para formalizar a alteração.

12.6 O tipo de custeio de prêmio deste Seguro, item expressamente ratificado na Proposta de Contratação, classifica-se em:

- a) Contributário: é o Seguro em que os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente;
- b) Não-contributário: é o Seguro em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus do seu pagamento totalmente sobre o Estipulante;

12.7 O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido nas Condições Contratuais.

12.8 O valor do Prêmio inicial do Seguro será estabelecido conforme o Capital Segurado Individual definido, o que constará da Proposta de Contratação, da Proposta Individual de Adesão e do Certificado Individual do Seguro.

12.9 O valor do Prêmio será atualizado monetariamente conforme disposto no item 13.

12.10 Se a data de vencimento da cobrança para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

12.11 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o Seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o prêmio se refere.

12.12 Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela não quita a(s) parcela(s) anterior(es) em aberto.

12.13 Os valores devidos a título de devolução de prêmios pela Seguradora sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item 13, a partir da data em que se tornarem exigíveis. No caso de recusa da proposta pela Seguradora, a data de exigibilidade é a data de formalização da recusa.

12.14 Os valores relativos ao pagamento de prêmios em atraso pelo Segurado ou Estipulante serão acrescidos de multa de 2% e juros moratórios de 1% a.m., ou sua equivalente diária.

12.15 No caso de cancelamento do Seguro, os valores de que trata o item 12.14 serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

12.16 No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores de que trata o subitem 12.14 serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

13 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

13.1 Os Capitais Segurados e os Prêmios serão atualizados anualmente, durante a vigência do Seguro, no mês de fevereiro, pelo IPCA- IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado nos 12 meses que antecedem o mês de janeiro.

13.1.1 - Caso a variação anual do IPCA- IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) seja negativa, não será aplicada atualização monetária sobre a contribuição e benefício.

13.1.2 A primeira atualização observará o IPCA- IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde o início de vigência.

13.2 - Para a hipótese de não ser possível seguir os procedimentos de atualização monetária previstos nesta Condição Geral, em virtude da edição de lei ou medida governamental que altere os critérios de atualização monetária, o Segurado e a Seguradora ajustam as seguintes disposições:

13.2.1 - Caso o Conselho Monetário Nacional - CMN deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado o índice que vier a substituí-lo.

13.2.2 - Cessará imediatamente a atualização monetária de todos os valores inerentes a este seguro, caso essa atualização venha a ser vedada; ou

13.2.3 - Se houver proibição da utilização de indexadores, a atualização monetária prevista nesta cláusula será ajustada conforme deliberação do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente para dispor sobre a matéria.

14 PRAZO DE TOLERÂNCIA

14.1 Caso o Segurado ou Estipulante não efetue o pagamento dos prêmios à Seguradora, fica garantido o direito do Segurado desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 90 (noventa) dias.

14.2 Se o prêmio não for pago até a data limite expressa na Proposta Individual de Adesão e na Proposta de Contratação, o Segurado ou Estipulante poderá pagar o prêmio atualizado e corrigido com juros moratórios desde a data limite até a data do efetivo pagamento e multa, desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 90 (noventa) dias.

14.3 O índice pactuado para atualização dos valores relativos aos prêmios pagos em atraso pelo Segurado ou Estipulante é o IPCA/IBGE - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo.

14.4 Os valores relativos ao pagamento de prêmios em atraso pelo Segurado ou Estipulante serão acrescidos de multa de 2%, juros moratórios de 1% a.m., ou sua equivalente diária e correção monetária conforme previsto no item 14.3.

14.5 Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o Prazo de Tolerância, com a consequente cobrança do prêmio devido.

14.6 Caso o Segurado ou Estipulante permaneça inadimplente (não tenha efetuado o pagamento) por período superior a 90 (noventa) dias contados a partir do primeiro prêmio não pago, a apólice poderá ser cancelada pela Seguradora.

15 PERDA DE DIREITO

15.1 O segurado perderá direito a qualquer indenização decorrente de garantia expressa na Proposta de Contratação quando deixar de comunicar imediatamente à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

15.2 O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco sem comunicar previamente a seguradora.

15.3 Se o Segurado, seu representante, ou seu corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de inscrição ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

15.4.1 Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

15.4.2 Na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização parcial do Capital Segurado:

- a) Cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, retendo do prêmio originário a parcela proporcional ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo esta diferença do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou, ainda, restringindo a Cobertura contratada para riscos futuros.

15.4.3 Na hipótese de ocorrência do sinistro com indenização integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

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

15.4.5 O cancelamento do contrato devido à não comunicação ao agravamento do risco só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação enviada pela seguradora, devendo ser restituída a diferença de Prêmio, cuja cobertura já havia sido cancelada.

16 CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1 O não pagamento do Prêmio por parte do Segurado ou Estipulante nos prazos estipulados nas Condições Contratuais poderá acarretar o cancelamento automático do Seguro, se após notificado, não houver regularizado a adimplência do prêmio antes de completar 90 (noventa) dias da parcela vencida e não paga.

16.2 O Contrato de Seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

16.3 Na hipótese do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do Seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do Seguro, sem restituição dos Prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

16.4 O seguro será cancelado se o segurado agravar intencionalmente o risco.

16.5 A Garantia contratada na Apólice cessará automaticamente para o Segurado:

- a) Com o cancelamento da Apólice;
- b) A partir da data em que o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão da Apólice;
- c) Quando o Segurado deixar de pagar o prêmio por período superior a 90 (noventa) dias;
- d) No último dia de vigência em que for solicitado o cancelamento da garantia, por escrito, por parte do estipulante;
- e) Com a morte do Segurado;

f) Com Invalidez Total e Permanente do Segurado;

16.6 Não obstante o disposto no subitem anterior, a cobertura do Segurado vigorará até o último dia da vigência a que se refere o último prêmio pago pelo Segurado, observando o disposto no item 14 deste Regulamento.

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

16.8 A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

17 OBRIGAÇÕES

17.1 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:

O Estipulante deverá cumprir as obrigações constituídas nas Condições Contratuais.

17.2 É expressamente vedado ao Estipulante:

- a) Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) Rescindir o Contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- c) Efetuar propaganda e promoção do Seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro que será contratado; e
- d) Vincular a contratação de Seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

17.3 Obrigações da Seguradora

- a) Guardar na conclusão e na execução da Apólice a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ela concernentes.
- b) Incluir nas Condições Contratuais todas as obrigações do Estipulante, de acordo com determinação da SUSEP.

- c) Prestar ao Estipulante e aos Segurados, todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do Seguro.
- d) Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante é obrigatório constar do Certificado Individual e da Proposta Individual de Adesão o seu percentual e valor, devendo o Segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

17.4 Obrigações do Segurado

- a) Guardar na conclusão e na execução da Apólice a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ela concernentes.
- b) Comunicar à Seguradora, logo que o saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à Garantia, se ficar comprovada a omissão.
- c) Comunicar a mudança de profissão/atividade, alteração de residência fixa para outro país ou a prática de esportes violentos ou de risco voluntário, tais como, exemplificativa, mas não exclusivamente como: esportes aéreos, náuticos a motor, lutas e artes marciais, competição automobilística, o exercício de atividades amadora ou profissional a bordo de aeronaves de qualquer característica ou em ambientes insalubres e/ou perigosos, são exemplos de incidentes suscetíveis de agravar o risco coberto, e devem ser comunicados à Seguradora previamente ao novo risco, sob pena de perda do direito às Garantias, se restar provada a omissão.

18 REGULAÇÃO DE SINISTROS

18.1 Em caso de ocorrência de sinistro, para pagamento da indenização, o Segurado deverá apresentar à Seguradora, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado, definidos no item 18.12.

18.2 As Indenizações, de acordo com o plano de Seguro contratado, serão pagas sob a forma de pagamento único.

18.3 Os pagamentos relativos às Garantias deste Seguro têm o prazo máximo limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos.

18.4 Caso o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o disposto no subitem 18.5, implicará sobre o valor do Capital Segurado:

18.4.1 Juros moratórios de 1% (um por cento) para cada mês de atraso.

18.4.2 Atualização Monetária, desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento da indenização, pela variação positiva do índice determinado no item 13, 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.

18.5 Faculta-se à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos e/ou informação. Neste caso o prazo de que trata o subitem 18.4 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

18.6 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

18.7 Poderá ser solicitado o comprovante do último Prêmio pago para fins de verificação da cobertura.

18.8 A tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização.

18.8.1 É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial.

18.9 Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

18.10 Considera-se como data do evento, ou data de exigibilidade, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros:

a) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: a data do acidente;

18.11 Fica estabelecido que qualquer pagamento de indenização, somente passa a ser devido depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim no documento de cobrança.

18.12 Na ocorrência do sinistro, o Segurado deverá apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

18.12.1 Documentos do Segurado:

- a) Formulário do “Aviso de Sinistro” totalmente preenchido;
- b) Cópia simples do RG frente e verso ou outro documento de identidade oficial com foto;
- c) Cópia simples do CPF;
- d) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data do aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado(a) ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante do endereço declarado.
- e) Cópia simples do documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- f) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver;
- g) Cópia simples do CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho, quando o acidente ocorrido se encaixar nas definições legais de trabalho do INSS;
- h) Cópia simples Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo caso o segurado tenha sido o condutor;
- i) Relatório Médico devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez, com data de diagnóstico, exames e tratamentos realizados, bem como a data da caracterização da invalidez. É válida a

apresentação de relatório médico diverso desde que as informações contidas satisfaçam os questionamentos abordados no documento emitido pela seguradora;

j) Cópia Simples do Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito do IML.

k) Cópia simples dos Exames e radiografias com laudos que comprovem o diagnóstico e a Invalidez do Segurado;

l) Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

m) Cópia simples do Termo ou da Carta de Concessão da Aposentadoria do INSS, quando houver;

n) Cópia simples do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

19 COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

No caso da ocorrência do evento coberto, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL - DISCRIMINAÇÃO	% sobre importância segurada
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSOS - DISCRIMINAÇÃO	% sobre importância segurada
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES - DISCRIMINAÇÃO	% sobre importância segurada
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o 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	
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um dos quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10
de 3 (três) centímetros	6
Menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

19.1 No caso em que as funções do membro ou órgão lesado não fiquem completamente abolidas, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de

indicação exata deste grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente. Nos casos em que a invalidez não foi especificada no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a redução permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

19.2 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do valor contratado como capital segurado individual desta garantia.

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

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

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

19.6 O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento da indenização para esta Garantia, deverá provar a ocorrência do acidente por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

19.7 Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez ou incapacidade que se enquadre com o conceito coberto por esta Garantia.

19.8 O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

19.9 A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de caracterização desse seguro.

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

19.11 A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

19.12 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagamento da indenização.

20 REGIME FINANCEIRO

Considerando-se que o plano de Seguro em questão é estruturado em regime financeiro de repartição simples, não haverá concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer Prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período.

21 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Estipulante e/ou Corretor de Seguro, deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais, as Condições Especiais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à SUSEP.

22 SUB-ROGAÇÃO

Nos Seguros de Pessoas a Seguradora não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário contra o causador do sinistro.

23 FORO

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

24 DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.

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

24.3 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.

24.4 Fica entendido e acordado que no presente Seguro os tributos serão pagos por quem a lei vigente determinar.

25 RATIFICAÇÃO

Ratificando o disposto no item 3 destas Condições Gerais, considerar-se-ão cobertos os riscos devidamente relacionados, em item específico, no Contrato da Apólice, que fazem parte integrante e inseparável da Apólice.