

1114 - 1115

PLANOS ANTIGOS
CONDIÇÕES GERAIS
MORTE ACIDENTAL E
MORTE ACIDENTAL
PREMIADA

1) OBJETIVO DO SEGURO.....	5
2) DEFINIÇÕES.....	5
3) COBERTURAS DO SEGURO.....	7
4) RISCOS EXCLUÍDOS.....	10
5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	10
6) CARÊNCIAS.....	10
7) ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	11
8) VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	11
9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	12
10) CAPITAL SEGURADO.....	12
11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	12
12) APLICABILIDADE DE MORA.....	12
13) PAGAMENTO DE PRÊMIO.....	12
14) SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO.....	13
15) CANCELAMENTO DO SEGURO.....	13
16) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	14
17) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	14
18) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	15
19) BENEFICIÁRIOS.....	16
20) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE.....	17
21) DISPOSIÇÕES GERAIS.....	17
22) FORO.....	18
CONDIÇÕES ESPECIAIS DO EXCEDENTE TÉCNICO.....	18

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO

Art. 1º. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou aos seus Beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

Parágrafo único. Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate ou devolução de quaisquer prêmios pagos, exceção feita ao disposto no item 6, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período.

2) DEFINIÇÕES

Art. 2º. Para efeito destas Condições Gerais, considera-se:

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

a.1) Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal às lesões decorrentes de:

- suicídio, ou a sua tentativa, respeitado o art. 12;
- ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- escapamento acidental de gases e vapores;
- seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

a.2) Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível; e
- as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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
- 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.

b) Apólice: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente.

- c) **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro;
- d) **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro;
- e) **Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;
- f) **Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora;
- g) **Coberturas:** são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.
- h) **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, da apólice, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual;
- i) **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados e dos beneficiários;
- j) **Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários;
- k) **Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Conseqüências:** 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.
- l) **Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor;
- m) **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas Condições Gerais.
- n) **Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela sociedade seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período;
- o) **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.
- p) **Grupo Segurado:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva;
- q) **Grupo Segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva
- r) **Indenização:** valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.
- s) **Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora;
- t) **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 consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**
- u) **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;
- v) **Período de Cobertura:** aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;
- w) **Prazo de Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados;

- x) **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;
- y) **Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;
- z) **Proponente:** o interessado em contratar a cobertura;
- aa) **Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;
- ab) **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;
- ac) **Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, que não serão cobertos pelo plano;
- ad) **Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro;
- ae) **Seguradora:** é a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas Condições Gerais.
- af) **Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro;

3) COBERTURAS DO SEGURO

Art. 3º. Poderão ser contratadas as seguintes coberturas:

- I. **Morte Acidental (MAC):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência deste seguro.
- II. **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.
- III. **Despesas Médico – Hospitalares (DMH):** Garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias a contar da data do acidente pessoal coberto.

Art. 4º. Na cobertura de morte acidental, o pagamento aos menores de 14 (quatorze) anos destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

Art. 5º. A cobertura de invalidez prevista no inciso II do art. 3º. deverá ser avaliada após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e, se neste caso, for verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	—

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio- peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 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	

§ 1º. 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. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

§ 2º. 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 ou atividade.

§ 3º. 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). Da mesma forma, 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.

§ 4º. 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.

§ 5º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

§ 6º. Caso sejam contratadas as duas coberturas de morte e invalidez permanente, estas não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

§ 7º. A cobertura de invalidez por acidente prevista no inciso II do art. 3º. poderá ser comercializada apenas na forma total e permanente, desde que a soma dos percentuais previstos na tabela acima, atinja valor igual ou superior a 100% para o mesmo acidente, observando-se que o percentual máximo a ser indenizado será sempre 100% do capital segurado contratado.

Art. 6º. Não estão abrangidas na cobertura de despesas médico – hospitalares, prevista no inciso III do art. 3º. as despesas decorrente de:

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

Art. 7º. Para a cobertura de despesas médico – hospitalares cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

Parágrafo único. Desde que preservada a livre escolha, pode a seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao segurado.

Art. 8º. A comprovação das despesas médico-hospitalares deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

Parágrafo único. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado (respeitando-se o limite de cobertura estabelecido), atualizadas monetariamente pela seguradora e com aplicação de juros de mora, se for o caso, quando da liquidação do sinistro.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 9º. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de doenças preexistentes à contratação do seguro não declaradas na proposta de contratação;
- d) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- e) de acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza; e
- f) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente pessoal.

Art. 10. Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Art. 11. As coberturas do seguro previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6) CARÊNCIAS

Art. 12. Haverá carência de 24 (vinte e quatro) meses para o caso de suicídio período este contado a partir do início de vigência ou de sua recondução depois de suspensão.

§ 1º. Caso ocorra a morte do segurado decorrente de suicídio durante o período de carência, serão devolvidos aos beneficiários os prêmios puros do seguro atualizados pela variação do índice do plano, apurado entre o último índice publicado antes da data do recebimento dos prêmios e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 28.

§ 2º. O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do Plano.

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

Art. 13. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

§ 1º. Recebida a proposta de adesão pela seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, terá início um período de 15 (quinze) dias, no qual a seguradora avaliará o risco.

§ 2º. O seguro será automaticamente aceito, caso a seguradora não manifeste a recusa da proposta de adesão por escrito ao proponente, no prazo de 15 (quinze) dias, devidamente justificada. Este prazo será suspenso quando a seguradora solicitar a apresentação de novos documentos para análise dos riscos, o que poderá ocorrer somente uma única vez, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega dos mesmos.

§ 3º. Em caso de recusa do risco, onde tenha sido efetuado o pagamento do prêmio, após a formalização da recusa pela seguradora, o valor pago deverá ser devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizado pela variação do índice do plano, apurado entre o último índice publicado antes da data do recebimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 28.

§ 4º. Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de proposta.

Art. 14. A cada segurado incluído no seguro será enviado um Certificado Individual, assinado pelos representantes legais da seguradora, que conterá no mínimo os seguintes elementos:

- a) data de início e fim de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes;
- b) capital segurado por cobertura contratada pelo segurado principal e pelos segurados dependentes;
- c) valor do prêmio total.

Art. 15. A inclusão de segurados dependentes pode ser feita das seguintes formas:

- a) automática: quando o seguro abranger exclusiva e compulsoriamente todos os cônjuges e/ou filhos dos segurados principais;
- b) facultativa: quando, somente por autorização do segurado principal, o seguro abranger quaisquer dos segurados dependentes.

Art. 16. São equiparados aos cônjuges, as(os) companheiras(os) dos segurados principais, desde que haja concordância com a anotação feita na carteira profissional. Os segurados principais pertencentes a categorias profissionais para as quais não são expedidas carteiras profissionais poderão incluir no seguro as(os) companheiras(os), quando estas estiverem registradas de acordo com regulamentação própria.

Art. 17. São equiparados aos filhos os enteados e menores considerados dependentes econômicos do segurado principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda.

Art. 18. Quando os segurados principais tiverem dependentes comuns, estes somente podem ser incluídos uma única vez, considerando-se, na forma de inclusão automática, como dependentes daquele de maior capital segurado na soma das coberturas contratadas, sendo este denominado de segurado principal.

8) VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 19. Caso as propostas tenham sido recepcionadas pela Seguradora, antes do pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas do dia de pagamento do respectivo prêmio, sendo esta data expressamente acordada entre as partes. O fim de vigência da cobertura não poderá ultrapassar a vigência da apólice.

Parágrafo único. As propostas que 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.

9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Art. 20. A vigência do seguro constará da apólice e do contrato, sendo renovada automaticamente, uma única vez, salvo se a seguradora ou o estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

§ 1º. Será enviado novo certificado individual aos segurados em cada uma das renovações do seguro.

§ 2º. Com exceção da primeira renovação, a qual poderá ser feita de forma automática, nas demais é obrigatório o consentimento expresso.

§ 3º. A renovação da apólice que não implicar em ônus, deveres adicionais ou redução de direito para os segurados poderá ser feita pelo estipulante.

10) CAPITAL SEGURADO

Art. 21. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, em todas as garantias deste seguro, a data do acidente.

Art. 22. A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente.

Art. 23. O capital segurado dos segurados dependentes será determinado na apólice em percentual do capital segurado do segurado principal e não poderá ser superior a 100% deste.

Art. 24. Nas apólices de seguro onde os capitais segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão recalculados conforme a variação dos salários, no momento em que o estipulante comunicar à seguradora.

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Art. 25. Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, anualmente, no mês estabelecido na proposta de contratação, apólice e contrato, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao da atualização, exceto para as apólices que possuam recálculo do capital segurado pela variação salarial.

Parágrafo único. A primeira atualização observará o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a subscrição.

Art. 26. Caso o segurado tenha optado pela periodicidade anual do pagamento dos prêmios, o capital segurado será atualizado até a data de ocorrência do evento gerador, observado o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a última atualização.

Art. 27. Os prêmios de seguro poderão ser reavaliados junto ao estipulante, por ocasião da renovação da apólice, com base em critério técnico definido na nota técnica atuarial deste seguro, observado o disposto no art. 48.

12) APLICABILIDADE DE MORA

Art. 28. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 0,01% ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no art. 39, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

Parágrafo único. Para este plano não será adotada multa.

13) PAGAMENTO DE PRÊMIO

Art. 29. O custeio do seguro pode ser:

- a) contributário, em que os Segurados pagam prêmio, total ou parcialmente; ou
- b) não contributário, em que os Segurados não pagam prêmio.

Art. 30. Os prêmios serão pagos mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, de acordo com o estabelecido na proposta de adesão.

§ 1º. No caso de sinistro ou cancelamento do plano de seguro, será devolvida a parcela de prêmio proporcional aos meses correspondentes ao risco ainda a decorrer, em função do prazo a que se refere o prêmio pago. O valor a ser devolvido será atualizado pelo indexador do plano desde a data do pagamento do prêmio até a data da efetiva devolução, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 28.

§ 2º. Os prêmios poderão ser pagos pelo Segurado e/ou pelo Estipulante, em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido no Contrato.

§ 3º. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não poderá prejudicar o Segurado.

§ 4º. É expressamente vedado ao Estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

§ 5º. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do Segurado Principal por escrito.

§ 6º. **Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser realizado até a data estabelecida nas Contrato.** No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das coberturas.

§ 7º. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

14) SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

Art. 31. Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, as coberturas deste seguro estarão suspensas a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir à cobrança, ficando o segurado e seus beneficiários sem direito a receber indenização referente a qualquer cobertura contratada no caso de ocorrência do sinistro.

Parágrafo único. No caso do pagamento do prêmio do risco a decorrer, as coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia do referido pagamento e qualquer indenização dependerá de prova de que antes da ocorrência do sinistro o pagamento tenha sido efetuado.

15) CANCELAMENTO DO SEGURO

Art. 32. Transcorrido o prazo de 90 (noventa) dias consecutivos a contar da data do vencimento do prêmio devido e não pago, o seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

Parágrafo único. O seguro também será cancelado com o não pagamento de 3 (três) parcelas não consecutivas.

16) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 33. A cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, observada à limitação constante no art. 20 destas Condições Gerais

Art. 34. O segurado é obrigado a comunicar a seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se for provado que silenciou de má-fé.

Art. 35. A seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco sem culpa do segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato.

§ 1º. O cancelamento só será eficaz trinta dias após a notificação.

§ 2º. Caso haja diferença de prêmio, esta será restituída ao segurado, corrigida pela variação do indexador previsto no plano, além de juros de mora.

Art. 36. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado cessa, ainda:

- a) automaticamente com o cancelamento da apólice;
- b) quando o segurado solicitar a sua exclusão da apólice;

Parágrafo único. Além das situações mencionadas acima, a cobertura de cada segurado dependente cessa:

- c) se o segurado principal deixar o grupo segurado;
- d) com a morte do segurado principal;
- e) no caso de cessação da condição de dependente;
- f) a pedido do segurado principal; ou
- g) com a inclusão do segurado dependente no grupo segurável principal.

17) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Art. 37. Os Beneficiários perderão o direito à indenização, caso haja por parte dos mesmos, seus prepostos ou segurados:

- a) inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da proposta de adesão que tenham influenciado na aceitação do seguro, observado o disposto no parágrafo único;
- b) inobservância das obrigações convencionadas na apólice; ou
- c) fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas conseqüências.

Parágrafo único. 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 do capital segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

18) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 38. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o Segurado ou seus Beneficiários deverão comunicar o sinistro à Seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

I. Em caso de Morte Acidental:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- e) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- f) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;
- g) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- h) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- i) cópia da carteira de identidade e CPF;
- j) cópia do comprovante de residência;
- k) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- l) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- m) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes; e
- n) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes.

II. Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência;
- c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- e) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;
- f) Formulário Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido;
- g) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;
- h) radiografias, se houver;
- i) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- j) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado; e
- k) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.

III. Em caso de Despesas Médico - Hospitalares:

- a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência;
- c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- e) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;
- f) Formulário Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido;
- g) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;
- h) radiografias, se houver;

- i) notas fiscais originais das despesas médicas;
- j) cópia autenticada do receituário médico;
- k) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- l) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- m) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.

Art. 39. A partir da entrega de toda a documentação exigível, listada no art. 38, por parte do Segurado ou Beneficiários, a Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 40. É facultada à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração do sinistro.

Parágrafo único. A contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa a partir da data de solicitação dos documentos e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em forem completamente atendidas as exigências.

Art. 41. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade 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.

§ 1º. A junta médica de que trata o caput deste artigo será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

§ 2º. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.

§ 3º. 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.

Art. 42. A indenização devida e não paga, no prazo disposto no art. 39, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo índice estabelecido no plano.

Parágrafo único. Considerando o disposto no caput deste artigo, a atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 28.

19) BENEFICIÁRIOS

Art. 43. Os beneficiários serão designados pelo segurado na proposta de adesão, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada, exceção feita aos casos dispostos nos parágrafos 3º., 4º. e 5º.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. Na falta de beneficiário indicado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida à ordem de vocação hereditária, sendo, ainda observado o disposto na Legislação Específica. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

§ 3º. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente o próprio segurado será o beneficiário.

§ 4º. No caso da cobertura de Despesas Médico – Hospitalares será beneficiário aquele em nome do qual foi emitida a Nota Fiscal de despesa.

§ 5º. No caso de morte do dependente, o beneficiário será o segurado principal.

§ 6º. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependentes, as indenizações referentes à cobertura do(s) segurado(s) principal e dependente(s) deverão ser pagas aos respectivos beneficiários indicados, ou na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

20) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

Art. 44. São obrigações do estipulante/subestipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo os dados cadastrais dos proponentes;
- b) manter a seguradora informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alteração no risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente, além de enviar à seguradora relações mensais dos segurados que anteciparem o pagamento de prestações, falecerem, liquidarem o débito, atrasarem o pagamento das prestações, ou tiverem por qualquer forma os valores de seus seguros alterados;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio de seguro no documento de cobrança, bem como a seguradora responsável pelo risco;
- e) repassar os prêmios à seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos segurados todos os avisos e comunicações inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração, discriminando o nome da seguradora responsável pelo risco nesses documentos;
- g) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- h) dar ciência aos segurados dos prazos e procedimentos para a liquidação de sinistros;
- i) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considere irregulares quanto ao seguro contratado;
- j) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
- k) informar o nome da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, em caso de cosseguro, em qualquer material promocional ou propaganda de seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao seu.

21) DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 45. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará os procedimentos determinados pela legislação pertinente ou pelos órgãos públicos competentes.

Art. 46. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios e/ou indenizações deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

Art. 47. Qualquer alteração na apólice que implique em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados dependerá de anuência expressa de Segurados que representem três quartos do Grupo Segurado, exceto aquelas que sejam feitas por força de determinação legal ou impostas pela Superintendência de Seguros Privados.

Parágrafo único. Quando a alteração não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, esta pode ser realizada apenas com a anuência do estipulante.

Art. 48. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Art. 49. 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.

Art. 50. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice.

22) FORO

Art. 51. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado ou beneficiário para dirimir toda e qualquer dúvida proveniente direta ou indiretamente deste seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO EXCEDENTE TÉCNICO

Art. 1º. Poderão ser concedidos excedentes técnicos, ao estipulante e/ou aos segurados do grupo, com base nos resultados técnicos da apólice e de acordo com o disposto no Contrato, considerando os seguintes elementos a seguir:

I. Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

- a) prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos, descontados os prêmios de resseguro cedido e/ou cosseguro cedido;
- b) estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) recuperação de sinistro de resseguro e/ou cosseguro, até o limite dos prêmios cedidos; e
- d) estorno da provisão de sinistros ocorridos e não avisados, do período de vigência anual anterior.

II. São despesas mínimas para os mesmos fins do inciso I:

- a) Comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) Comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
- c) Comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d) Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração;
- e) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- f) Despesas efetivas de administração;
- g) Variação da provisão de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR); e
- h) impostos que venham a recair sobre os prêmios e sinistros.

III. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente pelo indexador do plano, desde:

- a) O respectivo pagamento para prêmios e comissões;
- b) O aviso à Seguradora para os sinistros;
- c) A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
- d) As datas em que incorreram, para as despesas de administração.

§ 1º. A apuração do resultado técnico será atualizada monetariamente desde o término de vigência da apólice, até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, livremente convencionado.

§ 2º. A distribuição de excedentes técnicos será realizada após término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

§ 3º. Só serão concedidos excedentes às apólices que forem renovadas.



Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A ■ CNPJ 33.608.308/0001-73

Central de Relacionamento: 4003-3355 (capitais e regiões metropolitanas), 0800 881 3355 (todas as localidades), 0800 771 5472 (deficientes auditivos ou de fala) ou sac@mongeralaegon.com.br; Ouvidoria - essa é uma instância superior à qual você pode recorrer caso sua questão não tenha sido resolvida pelos outros canais - 0800 725 7550, ouvidoria@mongeralaegon.com.br ou Cx. Postal 40994 – CEP 20270-971 - Rio de Janeiro/RJ.