

CONDIÇÕES GERAIS

Seguro

Acidentes Pessoais

Eventos



Condições Gerais

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO EVENTOS

Sumário

1. Objetivo do seguro	2
2. Eventos cobertos	2
3. Coberturas	2
4. Riscos excluídos	2
5. Âmbito territorial da cobertura	4
6. Vigência do seguro	4
7. Contratação do seguro	4
8. Aceitação do seguro	4
9. Alteração da apólice	5
10. Renovação	5
11. Consequências de declarações incorretas	6
12. Capital segurado	7
13. Pagamento do prêmio	7
14. Carência	9
15. Franquia	9
16. Cancelamento	10
17. Procedimento em caso de sinistro	10
18. Capital segurado – data do evento	13
19. Junta médica	13
20. Perícia da seguradora	13
21. Cláusula beneficiária	13
22. Reintegração e Cobertura	14
23. Atualização dos valores do seguro	14
24. Obrigações do estipulante	14
25. Comunicações	15
26. Foro	15
27. Do sigilo e da confidencialidade	16
28. Privacidade e Proteção de Dados	16
29. Cláusula de violação de leis ou normas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais	16
30. Disposições finais	17
31. Glossário e Termos Técnicos	17

1. Objetivo do seguro

Este seguro tem por objetivo garantir a indenização ao segurado ou a seu(s) beneficiário(s) na ocorrência de eventos previstos nas coberturas contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, respeitando-se os demais itens destas condições gerais.

Os produtos comercializados pela Prudential do Brasil Vida em Grupo S.A. são seguros personalizados e de contratação coletiva. **Sendo assim, tais produtos não se caracterizam como plano de previdência privada, aposentadoria ou investimento e não têm como objetivo proporcionar ganhos financeiros ao segurado ou seu(s) beneficiário(s).**

A aceitação da proposta do seguro estará sujeita à análise de risco pela seguradora.

2. Eventos cobertos

2.1. Para fins deste seguro, consideram-se eventos cobertos aqueles definidos nas condições especiais, que constituem parte integrante e inseparável destas condições gerais.

3. Coberturas

3.1. As coberturas deste seguro estão definidas nas condições especiais e dividem-se em coberturas básicas e adicionais, sendo necessária a contratação da cobertura básica para a efetivação deste seguro e acesso à contratação das coberturas adicionais.

3.1.1. Básicas:

- a) Morte Acidental em Evento Prazo Curto;
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Pessoal em Evento Prazo Curto.

3.1.2. Adicionais:

- a) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas em Evento Prazo Curto;
- b) Auxílio-Funeral – Morte Acidental;

3.1. Mediante a contratação da cobertura básica e sujeito ao pagamento do prêmio correspondente, o estipulante poderá solicitar a inclusão das coberturas adicionais e suplementares, obedecidas as conjugações permitidas pela seguradora e pela regulamentação e legislação vigentes.

3.2. O conjunto de coberturas contratadas será concedido para todo o grupo segurado de um mesmo plano, respeitando-se as condições de elegibilidade de cada segurado.

3.3 Acúmulo de Coberturas

3.3.1. Morte Acidental e IPA quando contratadas em conjunto, não se acumulam.

3.3.2. Morte ou IPA e DMHO, quando contratadas em conjunto, se acumulam.

4. Riscos excluídos

4.1. **Os eventos decorrentes das situações descritas a seguir estão excluídos da cobertura deste**

seguro, não cabendo ao(s) beneficiário(s) nem ao segurado, conforme o caso, o direito a qualquer recebimento de qualquer pagamento e/ou devolução de valores, inclusive aqueles relativos a prêmios pagos:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) invasões, hostilidades, atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;**
- c) ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada por laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que ele tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;**
- d) doenças, lesões e acidentes preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarados na proposta de adesão;**
- e) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo, assim declarados por órgão competente;**
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes;**
- h) acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- i) acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas consequências surjam durante a sua vigência;**
- j) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;**
- k) perda de dentes e danos estéticos.**

4.1.1. O beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do contrato ou da sua recondução depois de suspenso, conforme disposto no art. 798 do Código Civil.

4.2. Além dos riscos mencionados, estão também expressamente excluídos da cobertura de Acidentes Pessoais os acidentes ocorridos em consequência de:

- a) doenças, quaisquer que sejam as causas, inclusive as profissionais, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas infecções,**

estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente pessoal coberto.

5. Âmbito territorial da cobertura

5.1. O âmbito territorial das coberturas está descrito nas condições especiais.

6. Vigência do seguro

- 6.1. As apólices de seguro e os endossos/aditamentos terão início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das respectivas datas indicadas nestes documentos.
- 6.2. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência **do seguro**.
- 6.3. 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 respectiva proposta ou se dará em data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 6.4. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência da cobertura ocorrerá partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

7. Contratação do seguro

- 7.1. A contratação, alteração ou renovação não automática do contrato de seguro somente poderão ser feitas mediante proposta preenchida e assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou corretor de seguros.
- 7.2. A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo estipulante na proposta de contratação. Essas declarações determinarão a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.
- 7.3. **Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na proposta, o estipulante deverá solicitar à seguradora, por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data da sua emissão, que sejam corrigidas as divergências existentes. Decorrido esse prazo, será considerada válida a redação disposta na apólice.**

8. Aceitação do seguro

- 8.1. A adesão à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão, e dela constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.
- 8.2. A seguradora fornecerá ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo identificando a proposta de adesão por ela recepcionada, com indicação da data e da hora de seu recebimento.
- 8.3. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a proposta de adesão, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

8.3.1. A seguradora poderá solicitar ao proponente documentos complementares, além de

declarações pessoais, exames médicos e/ou qualquer outra prova ou atestado de saúde para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta de adesão, o que poderá ser feito apenas uma vez durante esse prazo. Nesse caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que ocorrer a entrega da documentação completa solicitada.

- 8.4. A seguradora fará, obrigatoriamente, a comunicação formal no caso de não aceitação da proposta de adesão, justificando a sua recusa. A ausência de manifestação por escrito, da seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
 - 8.4.1. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento será devolvido no momento da formalização da recusa, sendo restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente, ou deduzido da parcela *pro rata temporis* correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Nesse caso, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.
- 8.5. Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado principal ou dependente, o oferecimento e a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob a forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço estejam diretamente relacionados ao sinistro coberto., exceto para cobertura de doenças graves não infecciosas ou doenças congênitas.

9. Alteração da apólice

- 9.1. Qualquer alteração no seguro somente poderá ser feita mediante proposta preenchida e assinada pelo estipulante, seu representante legal ou corretor de seguros.
- 9.2. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor, inclusive alteração de taxas de seguro, deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa, por escrito, do grupo segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- 9.3. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nesta cláusula e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

10. Renovação

- 10.1. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar o contrato de seguro na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos do contrato de seguro.
- 10.2. A renovação automática do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta preenchida e assinada pelo proponente, seu representante legal ou corretor de seguros
- 10.3. A renovação automática do seguro só poderá ocorrer uma única vez, e as renovações posteriores devem ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.
- 10.4. A renovação automática não se aplica caso o estipulante ou a seguradora comunique o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final

da vigência da apólice.

- 10.5. Na renovação, será verificado o equilíbrio técnico-atuarial do contrato de seguro, podendo gerar reavaliação das taxas incidentes.
- 10.6. **Na renovação, qualquer alteração da apólice coletiva que implique ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do grupo segurado.**
- 10.7. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar o contrato de seguro, deverá comunicar ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

11. Consequências de declarações incorretas

- 11.1. **Se o estipulante, o segurado, seu representante ou a corretora/corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de contratação ou proposta de adesão, conforme o caso, ou no valor do prêmio, perderá o direito às coberturas, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido, de acordo com a legislação em vigor.**
 - 11.1.1. **Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:**
 - I. **na hipótese de não ocorrência do sinistro:**
 - a) **cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
 - b) **mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**
 - II. **na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial de indenização:**
 - a) **cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
 - b) **mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao(s) beneficiário(s), ou ainda restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**
 - III. **na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.**
- 11.2. **Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, independentemente de notificação ou interpelação judicial, o segurado e seu(s) beneficiário(s) perderão o direito às coberturas do seguro contratado, ficando este anulado, sem que caibam quaisquer valores à parte infratora, nas**

seguintes situações:

- a) ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo segurado, pelo(s) seu(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro; e/ou
- b) descoberta, pela seguradora, de declarações incorretas graves ou omissões que disponham sobre questões médicas preexistentes do segurado ou relacionadas ao histórico médico familiar dele, capazes de influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio.

11.3. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

11.4. O segurado está obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

11.4.1. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, poderá dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

11.4.2. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

11.4.3. Na hipótese de continuidade do seguro, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

12. Capital segurado

12.1. O capital segurado representa o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, a título de indenização, no caso de ocorrência de sinistro coberto, vigente na data do evento.

12.2. Os capitais segurados do segurado dependente, em quaisquer coberturas, não podem ser superior ao do segurado titular.

13. Pagamento do prêmio

13.1. O custeio será não contributivo.

13.2. Para garantir o direito à cobertura dos segurados, o estipulante deverá efetuar o pagamento ou repasse do prêmio do seguro até a data de vencimento e conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.

13.3. O prêmio poderá ser único, periódico conforme previsto na proposta, apólice.

13.4. O prêmio do seguro deverá ser pago conforme periodicidade prevista na proposta de contratação / adesão durante o período de vigência da apólice, podendo ser mensal ou anual.

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

13.6 Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo prêmio, ele poderá ser pago até o 59º dia posterior ao vencimento da parcela em atraso, e será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido, com multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso.

13.7 Além da multa anteriormente citada, será acrescida ao valor do prêmio a atualização monetária, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, desde a data do vencimento da parcela em atraso até a data de seu efetivo pagamento, acrescida de juros de mora fixados em 1% a.m. (um por cento ao mês), em base *pro rata temporis*.

13.8 Decorrido o prazo definido no parágrafo anterior, e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado, e a cobertura não poderá ser reativada. Havendo interesse do segurado ou do estipulante, deverá ser contratado um novo seguro, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento. Nesse caso, não caberá qualquer restituição dos prêmios anteriormente pagos.

13.9 A seguradora enviará comunicado, por correspondência, ao estipulante, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do contrato, o qual será efetuado ainda que o estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência, que funcionará apenas como um aviso de cancelamento.

13.10 O segurado e o estipulante obrigam-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que ela possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição de tal correspondência.

13.11 É vedada ao estipulante a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação do segurado, ou o recolhimento, a título de prêmio do seguro, de qualquer valor além daquele fixado pela seguradora e a ela devido.

13.12 Caso o estipulante receba, com o prêmio, qualquer outro valor, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança ou no recolhimento o valor do prêmio de cada segurado.

13.13 Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela mensal não quita o débito se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

13.14 Em casos de cessação de cobertura em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos devidamente atualizados de acordo com a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando *pro rata temporis* o período em que vigorou a cobertura.

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
13	15/365
20	30/365
27	45/465
30	60/365

37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

13.15 No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos à atualização monetária a partir da data de recebimento até a data de devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE.

13.16 De acordo com as características do seguro, não está prevista a devolução ou o resgate de prêmios ao segurado, ao(s) beneficiário(s) ou ao estipulante, pois se trata de regime de repartição simples.

13.17 Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à seguradora pelo estipulante nos prazos estabelecidos no item 13.5 ensejará o cancelamento do seguro.

14. Carência

14.1. Não há carência nesse seguro.

15. Franquia

15.1. Quando aplicáveis, as franquias estarão descritas nas propostas e nos documentos contratuais do seguro.

16. Cancelamento

16.1. Cancelamento da apólice

A apólice mencionada nestas condições contratuais poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias e acordo entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo estipulante.

Nesse caso, a seguradora reterá, do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base *pro rata temporis*. Quando houver devolução de prêmio, ela será corrigida pelo índice IPCA/IBGE a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se tal solicitação ocorrer por iniciativa do segurado ou a partir da data do efetivo cancelamento, se ocorrer por iniciativa da seguradora.

16.2. Cessação de cobertura

Respeitado o tempo de cobertura proporcional ao prêmio pago, as coberturas do seguro cessarão imediatamente:

- a) ao final do prazo de vigência da apólice de seguro, se ela não for renovada;
- b) se a apólice de seguro for cancelada durante a sua vigência, por acordo entre as partes;
- c) se o estipulante deixar de pagar qualquer parcela do prêmio no prazo estipulado no item 13.5;
- d) se ocorrer a morte do segurado;
- e) se o segurado agravar intencionalmente o risco;
- f) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos fraudarem ou tentarem fraudar, agirem com dolo ou simula o na contrata o do seguro ou durante a sua vigência, para obter ou majorar os valores devidos pela seguradora;
- g) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos simularem um sinistro ou ainda agravarem as consequências para obter a indeniza o ou dificultar sua elucida o;
- h) se o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros intencionalmente fizerem declara es inexatas ou omitirem circunstâncias que possam ter influído na aceita o da proposta ou no valor do prêmio;
- i) quando for pago o total do limite de indeniza o da apólice ou quando a utiliza o da respectiva cobertura acarretar exclusão do segurado da apólice, de acordo com seus termos e condi es.

16.3. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela seguradora sob a alega o de altera o da natureza dos riscos.

17. Procedimento em caso de sinistro

17.1. Ocorrido o sinistro, ele deverá ser comunicado, por escrito,   seguradora, pelo estipulante, pelo segurado ou pelo(s) beneficiário(s) indicado(s), logo que tome(m) conhecimento.

17.2. Quando previsto o pagamento da indeniza o de um evento coberto por este seguro, a ocorrência do

sinistro bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas deverão ser satisfatoriamente comprovadas.

17.2.1. A indenização será realizada em parcela única.

- 17.3. O segurado, por ocasião do acidente pessoal, deverá recorrer imediatamente, às suas custas, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.
- 17.4. Os documentos a seguir relacionados serão necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) **segurado**: formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante; cópia autenticada da carteira de identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF, cópia da certidão de casamento atualizada e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo);
 - b) **beneficiário**: formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante; cópia autenticada da carteira de identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF (inclusive para menores de 14 anos), certidão de casamento atualizada (caso de cônjuge), certidão de nascimento (caso de filhos), documentos que comprovem a união estável (em caso de companheiro(a) e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo).

Observações:

- 1. Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou no impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei.
 - 2. Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou no impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei.
 - 3. Para pessoas com idade inferior a 18 (dezoito) anos sem pai e mãe, a indenização será paga conforme o estabelecido na legislação vigente.
 - 4. O pagamento da indenização ocorrerá de acordo com legislação em vigor. Nessa situação, além dos documentos indicados anteriormente, enviar declaração de herdeiros conforme modelo fornecido pela seguradora.
- 17.5. **Os demais documentos complementares estão definidos nas condições especiais deste seguro.**
- 17.6. **As despesas efetuadas com a comprovação do evento e a obtenção dos documentos necessários correrão por conta do(s) solicitante(s), salvo as diretamente realizadas pela seguradora.**
- 17.7. **A seguradora está autorizada, em caso de dúvida fundada e justificável, a tomar todas as providências necessárias à plena elucidação dos fatos, arcando com os custos correspondentes, para obter uma explicação completa sobre o evento ocorrido, podendo, inclusive, solicitar documentos que considerar necessários à comprovação do fato alegado,**

além daqueles descritos nos itens 19.4 e 19.5.

- 17.8. Estando de posse da documentação completa solicitada nos itens 17.4e 17.5, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para aceitar e efetuar o pagamento da indenização ou recusar o seu pagamento. Se, dentro do prazo mencionado, devido a dúvida fundada e justificável, a seguradora solicitar ao interessado na indenização outros documentos para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil subsequente à chegada do último documento solicitado.
- 17.9. Se o segurado falecer durante a vigência do seguro em razão de um evento coberto, a seguradora pagará a indenização por morte ao(s) seu(s) beneficiário(s).
- 17.10. O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no plano implicará a aplicação de juros de mora a partir dessa data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.
- 17.10.1. Qualquer pagamento de indenização feito após o prazo descrito no item 17.8 será efetuado no valor da indenização acrescido de multa total de 2% (dois por cento) aplicada de uma só vez.
- 17.11. Além da multa anteriormente citada, será acrescida ao valor da indenização a atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE acumulada desde a data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, além de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, em base *pro rata temporis*.
- 17.11.1. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele índice publicado imediatamente antes da data de sua efetiva liquidação.
- 17.12. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios ocorrerá independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 17.13. Em caso de ocorrência de invalidez permanente total por acidente, seguida de morte do segurado em consequência do mesmo acidente, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da indenização, o valor desta será pago de acordo com a cláusula beneficiária, constante no item 21 destas condições gerais. As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total não se acumulam.
- Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total, verificar-se a morte do segurado dentro de um ano a contar da data do acidente e em consequência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Morte, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente Total.
- 17.14. Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica, bem como o disposto na cláusula 29 Cláusula de violação de leis ou normas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais.
- 17.15. **Em caso de tentativa do segurado, de seu(s) beneficiário(s) ou do representante legal de um ou de outro de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da seguradora, o respectivo segurado ou beneficiário não fará jus ao recebimento da indenização ora prevista.**

18. Capital segurado – data do evento

18.1. **A data do evento será determinada nas condições especiais deste seguro.**

19. Junta médica

- 19.1. Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade/invalidez 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.
- 19.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos 2 (dois) nomeados.
- 19.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.
- 19.4. 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.
- 19.5. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.**
- 19.6. **Não serão aceitos como peritos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, seus parentes consanguíneos ou afins, ainda que habilitados a exercer a medicina.**
- 19.7. **Comprovado algum tipo de fraude e/ou questões de conflito de interesse entre o segurado e a composição da junta médica, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais, objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.**

20. Perícia da seguradora

- 20.1. No caso de incapacidade, o segurado autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.
- 20.2. **Comprovado algum tipo de fraude à perícia da seguradora, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais, objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.**

21. Cláusula beneficiária

21.1. Na hipótese de morte simultânea (“comoriência”) do segurado titular e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, titular e dependente(s) deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência desses, aos beneficiários determinados pela legislação em vigor.

21.2. Serão beneficiários os herdeiros legais do segurado em caso de morte do segurado decorrente de evento

coberto.

21.3. Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

22. Reintegração de Cobertura

22.1. O capital segurado relativo a cada cobertura não será reintegrado após ocorrência de um evento coberto, salvo se discriminada a respectiva reintegração nas condições especiais.

23. Atualização dos valores do seguro

- 23.1. Os capitais segurados e os prêmios poderão ser atualizados anualmente, no aniversário do contrato, com base na variação acumulada do IPCA/IBGE durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização.
- 23.2. Para os seguros de prazo igual ou inferior a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.
- 23.3. Para a hipótese de não ser possível seguir qualquer um dos procedimentos de atualização monetária previstos nestas condições gerais, em virtude da edição de lei ou medida governamental na área da economia que proíba ou altere os critérios de atualização monetária, o responsável pelo pagamento, o segurado, o(s) beneficiário(s), conforme o caso, e a seguradora ajustam as seguintes disposições, a serem adotadas com vistas a preservar o equilíbrio atuarial do seguro:
- a) se houver extinção do IPCA/IBGE, será imediatamente utilizado como índice substitutivo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE) ou, na falta deste, o índice que vier a ser autorizado pela Susep;
 - b) cessará imediatamente a atualização monetária de todos os valores inerentes a este seguro, caso essa atualização venha a ser vedada; ou
 - c) se houver proibição da utilização de indexadores, a atualização monetária prevista nesta cláusula será ajustada ao que a respeito deliberar o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente para dispor sobre a matéria.
- 23.4. Em caso de alteração dos critérios de atualização monetária estabelecidos pela Susep (Superintendência de Seguros Privados) em função de legislação superveniente, fica acordado que as condições previstas neste item serão imediatamente enquadradas às novas disposições.

24. Obrigações do estipulante

- 24.1. São obrigações do estipulante:
- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, conforme estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
 - b) manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
 - c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou os avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco nos documentos e nas comunicações, materiais de comunicação e publicidade referentes ao seguro;
- h) comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, assim que dele tiver conhecimento quando tal comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar de imediato à Susep quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante;
- m) manter o seu cadastro permanentemente atualizado na seguradora.

25. Comunicações

- 25.1. As comunicações do segurado ou estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas na seguradora, podendo ser recepcionadas por meio eletrônico. As comunicações da seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na apólice de seguro.
- 25.2. As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado ou estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por eles, exceto expressa indicação em contrário da parte do segurado ou estipulante.

26. Foro

- 26.1. Será competente para dirimir quaisquer pendências questões judiciais entre o segurado ou o beneficiário e a seguradora 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.

27. Do sigilo e da confidencialidade

- 27.1. Dada a natureza da atividade das partes e do objeto deste seguro e porque assim se convencionou, a seguradora, o estipulante, os segurados, corretores, beneficiários e representantes legais obrigam-se, por si, seus profissionais e prepostos, a:
- a) manter absoluto sigilo sobre operações e informações sensíveis relacionadas, dados, dados pessoais, materiais, informações, documentos, especificações técnicas ou comerciais, inovações e aperfeiçoamento tecnológico ou comerciais da outra parte ou de seus clientes, inclusive quaisquer programas, rotinas ou arquivos a que eventualmente tenha ciência ou acesso, ou que lhe venha a ser confiado, em razão da contratação deste seguro;
 - b) não usar, comercializar ou reproduzir as informações e documentos acima referidos ou deixar que estes cheguem ao conhecimento de terceiros;
 - c) responder perante a outra parte e terceiros prejudicados, civil e criminalmente, por si, seus profissionais, contratados e/ou prepostos, pela eventual quebra de sigilo das informações que tenha acesso ou ciência, direta ou indiretamente, em virtude da contratação deste seguro; e
 - d) não fazer qualquer menção ao nome da outra parte para fins de publicidade própria, bem como a não divulgar os termos destas condições gerais sem prévia e expressa autorização da outra parte.

28. Privacidade e proteção de dados

- 28.1. O estipulante e a Prudential do Brasil declaram que cumprem toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal nº 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto nº 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema, comprometendo-se a tratar os dados pessoais coletados e tratados em decorrência da contratação do seguro previsto nesta proposta, somente para a viabilizar e executar o contrato de seguro, nos estritos limites e finalidades aqui previstos, e nos termos da legislação aplicável.
- 28.2. Todos os dados fornecidos pelo estipulante à Prudential do Brasil, como informações necessárias para análise e aceitação do risco, propostas de adesão e dados cadastrais dos segurados, deverão ser coletados e compartilhados em observância à Lei Federal nº 13.709/2018 e demais leis aplicáveis sobre o tema.

29. Cláusula de violação de leis ou normas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais

- 29.1. **Não obstante quaisquer outros termos previstos na Proposta de Contratação, Proposta de Adesão ou Condições Gerais e Especiais do Seguro, a Prudential não fornecerá qualquer cobertura ou serviço, bem como não fará qualquer pagamento/reembolso ao segurado, beneficiário ou qualquer terceiro, na medida que a atividade do segurado, beneficiário ou terceiro viole qualquer lei ou norma de embargos ou sanções econômicas ou comerciais, aplicados por organismos nacionais ou internacionais (como, por exemplo: Programa de sanções administradas e publicadas pelo OFAC - Office of Foreign Assets Control, agência de inteligência ligada ao Departamento de Tesouro dos Estados Unidos - e; Resoluções do CSNU - Conselho de Segurança das Nações Unidas - ou as designações de seus comitês de sanções que determinem a indisponibilidade de ativos, de quaisquer valores, de titularidade direta ou indireta de pessoas naturais, de pessoas jurídicas ou de entidades, nos termos da Lei nº 13.810/2019). Nestes casos, ao haver a identificação de um segurado, beneficiário ou terceiro nestas condições, o contrato de seguro será automaticamente cancelado, sem direito a qualquer pagamento, indenização, reembolso resgate ou devolução de prêmios pagos.**

30. Disposições finais

- 30.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.
- 30.2. Os tributos incidirão e serão recolhidos conforme legislação em vigor.
- 30.3. As condições contratuais deste seguro encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta de adesão e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.
- 30.4. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep;
- 30.5. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros/e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br
- 30.6. Qualquer pagamento ou devolução de valores realizados pela seguradora serão feitos por crédito em conta bancária, ou ordem de pagamento, sempre do titular do direito de seu recebimento, de acordo com os termos deste seguro.
- 30.7. Para os casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- 30.8. O segurado poderá registrar reclamações no site www.consumidor.gov.br.

31. Glossário de termos técnicos

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nas condições contratuais, incluímos uma relação em ordem alfabética, com os principais termos técnicos empregados nas condições gerais e especiais.

ACIDENTE PESSOAL: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

a) incluem-se nesse conceito:

- I. os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- II. os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- III. os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- IV. os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, ocasionados por evento externo, súbito e violento, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

- I. as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente coberto;
- II. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- III. as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos (LER), doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- IV. 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, conforme definido anteriormente.

ACIDENTES CARDIOVASCULARES: conjunto de doenças que afetam o aparelho cardiovascular, designadamente o coração e os vasos sanguíneos.

ACIDENTES MÉDICOS: ocorrências nas quais ocorrem imprevistos (não intencionais), tais como quebra ou mau funcionamento de dispositivo ou aparelho durante procedimento médico, após implante ou durante o uso; reação anormal causada por medicamentos ou procedimentos médicos ou cirúrgicos.

ALIENAÇÃO MENTAL: distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

APÓLICE: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

AUXÍLIO: ajuda por meio do recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

BENEFICIÁRIO: pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

CAPITAL SEGURADO: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro

COBERTURAS: obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto previsto nestas condições contratuais.

COMORIÊNCIA: morte de duas ou mais pessoas, ocorrida simultaneamente, sem que se possa, a rigor, determinar qual delas tenha falecido em primeiro lugar.

COMPANHEIRO(A): pessoa com quem o segurado titular mantém união estável, ou seja, convivência pública, contínua e duradoura, com o objetivo de constituir família.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

CONTRATO DE SEGURO: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

DECLARAÇÃO MÉDICA: documento elaborado na forma de relatório ou similar, no qual o médico assistente do segurado ou outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

DOENÇAS, LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES: sinais, sintomas e/ou as doenças, inclusive as congênitas, e as lesões decorrentes dos acidentes pessoais sofridos pelo segurado, antes de sua adesão à apólice, os quais, embora já fossem de seu conhecimento no momento de sua proposta de adesão, não foram nela declaradas.

DOLO: ato consciente pelo qual alguém induz outro a erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

ESTIPULANTE: pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguro, ficando investida de poderes de representação dos segurados perante a seguradora nos termos legislação em vigor.

EVENTO COBERTO: acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições contratuais.

EVENTO PRAZO CURTO: é o evento realizado pelo estipulante, por prazo curto e determinado, com local definido dentro do território nacional e para o qual a cobertura do seguro é contratada.

FRANQUIA: período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.

FRANQUIA DEDUTÍVEL: é o valor ou percentual que representa a participação obrigatória do segurado nas indenizações em cada sinistro.

GRUPO SEGURÁVEL: conjunto de pessoas, homogêneo em relação a uma ou mais características, com um vínculo concreto a uma pessoa jurídica, bem como seus dependentes.

GRUPO SEGURADO: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva

HOSPITAL: é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entendem como estabelecimento hospitalar: clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer a sua

profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

INDENIZAÇÃO: valor a ser pago pela seguradora ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é a internação em hospital por período superior a 24 (vinte e quatro) horas, comprovada por meio de notas fiscais, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico, declaração do hospital onde ocorreu a internação ou qualquer instrumento legal de cobrança.

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

MIGRAÇÃO: Considera-se migração a substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

PRAZO DE CARÊNCIA: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

PRÊMIO: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro

PRESCRIÇÃO: extingue o direito de uma pessoa a exigir de outra uma prestação (ação ou omissão), ou seja, provoca a extinção da pretensão, quando não exercida no prazo definido por lei.

PRO RATA TEMPORIS: é um método de se calcular o prêmio de seguro com base nos dias de vigência do contrato, quando ele for realizado por período inferior a 1 (um) ano e sempre que não cabível o cálculo do prêmio a prazo curto.

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

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.

QUADRO CLÍNICO: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

RECIDIVA: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acontecimento.

REPARTIÇÃO SIMPLES: regime financeiro no qual o que se arrecada em prêmios é gasto com sinistros, sem que haja um processo de acumulação de reserva para eventos futuros, não sendo possível a devolução dos prêmios já pagos para a vigência decorrida.

RISCOS EXCLUÍDOS: são os riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais que não são cobertos pelo seguro.

SEGURADOS DEPENDENTES: cônjuge ou companheiro(a), filhos, enteados, desde que sejam menores e dependentes do segurado titular, de acordo com a legislação do imposto de renda e/ou Previdência Social, quando incluídos no seguro.

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

SEGURADORA: empresa legalmente constituída para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos contratos de seguro.

SEGURO NÃO CONTRIBUTÁRIO: aquele no qual o pagamento do prêmio é responsabilidade exclusiva do estipulante.

SEQUELA: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

SINISTRO: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

VIGÊNCIA: período pelo qual está contratado o seguro, indicado na apólice de seguro.

Condições Especiais da Cobertura Básica

MORTE ACIDENTAL EM EVENTO PRAZO CURTO (MAEPC)

Sumário

1. Definições	23
2. Coberturas	23
3. Riscos excluídos	24
4. Âmbito territorial da cobertura	24
5. Capital segurado	24
6. Cessação da cobertura	25
7. Solicitação de indenização	25
8. Beneficiário	26
9. Disposições gerais	26

Condições Especiais da Cobertura Básica

MORTE ACIDENTAL EM EVENTO PRAZO CURTO (MAEPC)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura básica e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado de Morte Acidental, em caso de morte decorrente de acidente coberto, ocorrido durante a vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do contrato de seguro.

- 2.2. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se somente ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios.

- 2.2.1. Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com:

- a) sepultamento ou cremação;
- b) locação de jazigo por até 3 (três) anos;
- c) passagem aérea, em classe econômica, para 1 (um) membro da família;
- d) urna para o sepultamento;
- e) coroa de flores;
- f) traslado do corpo, exclusivamente no Brasil;
- g) ornamentação de urna;
- h) velório e paramentos (castiçais e velas que acompanham a urna);
- i) mesa de condolências;
- j) registro de óbito;
- k) carro funerário;

- l) veículo de aluguel com motorista;
- m) assessoria para formalidades administrativas;

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**

- a) acidente vascular cerebral; e
- b) doenças, quaisquer que sejam as causas, inclusive as profissionais, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível.

Estão ainda expressamente excluídos da cobertura os acidentes pessoais ocorridos em consequência de:

- a) participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo em prestação de serviço militar ou de atos da humanidade em auxílio a outrem;
- b) competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos;
- c) direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;
- d) lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões das condições gerais, especiais e do contrato de seguro.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida somente se o evento causador da morte ocorrer dentro do local do evento prazo curto.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal que provocou a morte do segurado.

6. Cessação da cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 16.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:

- a) com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e venham a falecer em decorrência do acidente pessoal coberto.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 17, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

- a) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito;
- b) cópia autenticada da certidão de óbito;
- c) cópia do boletim de ocorrência policial completo, se houver registro;
- d) cópia do laudo de necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- e) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, emitido pelo IML em caso de acidente de trânsito; caso não tenha sido emitido, enviar declaração do órgão competente, informando o motivo da não emissão;
- f) cópia da carteira nacional de habilitação (CNH) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- g) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- h) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Os beneficiários estão em conformidade com a cláusula beneficiária, item 21.1, “Beneficiários em caso de Morte Acidental”, das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Disposições gerais

- 9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Básica

**INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM EVENTO
PRAZO CURTO (IPAEP)**

Sumário

1. Definições	28
2. Coberturas	28
3. Riscos excluídos	31
4. Âmbito territorial da cobertura	32
5. Capital segurado	32
6. Cessação da cobertura	32
7. Solicitação de indenização	32
8. Beneficiário	33
9. Disposições gerais	33

Condições Especiais da Cobertura Básica

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM EVENTO PRAZO CURTO (IPAEPCC)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

2. Coberturas

- 2.1 A contratação desta cobertura básica e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento de indenização até o valor do capital segurado contratado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente pessoal em evento prazo curto coberto, ocorrido durante a vigência do seguro e que resulte em invalidez permanente total ou parcial do segurado, comprovada por declaração médica. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do contrato de seguro.

Após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada e avaliada a invalidez permanente no momento da alta médica definitiva, a seguradora indenizará de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela descrita a seguir:

Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Parcial – diversos	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

Invalidez permanente	Evento	% sobre o capital segurado
Parcial – diversos	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial – membros 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 dos fêmures	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada de uma das patelas	20
	Fratura não consolidada de um dos pés	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um dos quadris	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	

Invalidez permanente	Evento	% sobre o capital segurado
Parcial – membros inferiores	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

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação da porcentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

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

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.

Quando o mesmo acidente pessoal provocar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as respectivas porcentagens, cujo total não pode exceder 100% (cem por cento) do capital segurado para esta cobertura.

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder o percentual da indenização previsto para a perda total de tal membro ou órgão.

Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão que já apresentava problemas/perda em suas funções antes do acidente pessoal, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

Se, depois que a indenização por invalidez permanente total por acidente pessoal for paga, ocorrer a morte do segurado ou nova caracterização de invalidez em consequência do mesmo acidente pessoal coberto, a importância já indenizada será deduzida da indenização a ser paga.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente que deve ser comprovada na forma prevista nas condições contratuais.

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos ou a outros exames complementares realizados por profissionais de sua indicação para comprovar o seu caráter permanente, sua extensão e seu grau de invalidez.

Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor a constituição de junta médica, nos termos da cláusula 19, “Junta médica”, das condições gerais.

O pagamento do capital referente a essa cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

- a) **doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou lesão por esforço repetitivo (LER), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressaltadas infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**
- b) **a perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente;**
- 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 sob a nomenclatura de LER, DORT, LTC ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- 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 no conceito de acidente pessoal, definido nestas condições gerais.**

Estão ainda expressamente excluídos desta cobertura os acidentes pessoais ocorridos em consequência de:

- a) **participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;**
- b) **competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves ou veículos náuticos;**

- c) direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;
- d) lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões das condições gerais, especiais e do contrato de seguro.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, sendo que o evento causador deverá ocorrer dentro do local do evento prazo curto.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto que provocou a invalidez permanente do segurado.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 16.2, “Cessação de cobertura”, das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:
 - a) com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e venham a ficar permanente inválidos, como consequência direta do acidente pessoal coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta cobertura.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir e observada a cláusula 17, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
 - a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado, ou, na impossibilidade de preenchimento dele, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) cópia do boletim de ocorrência policial, quando houver registro;
 - c) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão

posteriormente devolvidos;

- d) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, se realizados;
- e) cópia da carteira nacional de habilitação (CNH) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- f) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- g) cópia do boletim hospitalar referente ao primeiro atendimento (data do acidente); e
- h) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

7.4. A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiário

- 8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 21.1, “Beneficiários em caso de Morte Acidental”, das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Disposições gerais

- 9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS EMEVENTO PRAZO CURTO (DMHOEPC)

Sumário

1. Definições	35
2. Coberturas	35
3. Riscos excluídos	35
4. Âmbito territorial da cobertura	36
5. Capital segurado	36
6. Franquia	36
7. Cessação da cobertura	36
8. Solicitação de indenização	37
9. Beneficiários	37
10. Disposições gerais	37

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS EM EVENTO PRAZO CURTO (DMHOEPC)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao segurado o reembolso das despesas médico-hospitalares e odontológicas em evento prazo curto, até o limite de capital contratado para esta cobertura, efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do contrato de seguro.
- 2.2. A seguradora indenizará as despesas médico-hospitalares e odontológicas em evento prazo curto incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do segurado, observados os seguintes critérios:
 - a) cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados;
 - b) a comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, e aquelas citadas no conceito de acidente pessoal, ambos constantes das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**
 - a) **estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**

- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- d) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- e) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento delas, ou de seus sintomas e sinais ou, ainda, das complicações crônicas ou degenerativas delas consequentes;
- f) luxações recidivas de qualquer articulação;
- g) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura será válida somente para as despesas que ocorrerem em território brasileiro, sendo que o evento causador deverá ocorrer dentro do local do evento prazo curto.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do início do tratamento médico.

6. Franquia

- 6.1. A Seguradora poderá estabelecer uma franquia, em valor fixo ou percentual do capital segurado da garantia, em moeda nacional (R\$), para a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO). Esta franquia poderá ser redutível ou não redutível do valor total indenizável.
- 6.2. A franquia será informada na Apólice do Seguro em valor fixo e será aplicada sobre o valor total dos prejuízos indenizáveis.
- 6.3. A franquia será contada a partir da data do sinistro, e considerará sempre dias consecutivos e ininterruptos.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 16.2, "Cessação de cobertura", das condições gerais.

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 17, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
 - a) declaração da entidade hospitalar constando nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
 - b) relatório médico detalhado ou, na impossibilidade de preenchimento dele, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - c) notas fiscais originais, recibos e outros comprovantes de despesas médicas, hospitalares ou odontológicas;
 - d) resultado dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, laudos e imagens);
 - e) receita médica;
 - f) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada tomador das despesas.
- 8.4. A indenização será paga ao tomador das despesas de forma única e integral.

9. Beneficiários

- 9.1. Para efeito deste seguro, terá direito ao recebimento dos valores desta cobertura o tomador das despesas, ou seja, a pessoa física ou jurídica que tenha despendido valores para o pagamento de despesas do segurado com internação hospitalar, contanto que sejam apresentados os comprovantes de pagamento originais referentes a tais despesas.
- 9.2. Uma pessoa jurídica só poderá receber os valores previstos nesta cobertura se comprovado o seu legítimo interesse para o recebimento dessa indenização.

10. Disposições gerais

- 10.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

AUXÍLIO FUNERAL – MORTE ACIDENTAL (AF)

Sumário

1. Definições	39
2. Coberturas	39
3. Riscos excluídos	40
4. Âmbito territorial da cobertura	40
5. Capital segurado	40
6. Cessação da cobertura	40
7. Solicitação de indenização	40
8. Beneficiários	41
9. Disposições gerais	41

Condições Especiais da Cobertura Adicional

AUXÍLIO FUNERAL – MORTE ACIDENTAL (AF)

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

2. Coberturas

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento do capital segurado, até o limite contratado, para suporte nas despesas com funeral do segurado titular, no caso de morte decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto e, quando contratado, do(s) segurado(s) dependente(s), mediante a apresentação das notas fiscais originais das despesas com o funeral. Incluem-se entre as despesas com funeral:

- a) sepultamento ou cremação;
- b) locação de jazigo por até 3 (três) anos;
- c) passagem aérea, em classe econômica, para 1 (um) membro da família;
- d) urna para o sepultamento;
- e) coroa de flores;
- f) traslado do corpo, exclusivamente no Brasil;
- g) ornamentação de urna;
- h) velório e paramentos (castiçais e velas que acompanham a urna);
- i) mesa de condolências;
- j) registro de óbito;
- k) carro funerário;
- l) veículo de aluguel com motorista;
- m) assessoria para formalidades administrativas diretamente relacionadas ao funeral.

Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do contrato de seguro.

- 2.2. Na hipótese de ocorrência de evento coberto e, caso tenha sido contratada qualquer espécie de assistência funeral junto a terceiros que não a seguradora, somente serão passíveis de reembolso os serviços que o tomador das despesas tiver diretamente pago, desconsiderando-se, para fins de indenização, quaisquer serviços prestados no âmbito da assistência eventualmente contratada.
- 2.3. A seguradora indenizará as despesas com o funeral do segurado, observados os seguintes critérios:
 - a) cabe aos beneficiários a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados;
 - b) a comprovação das despesas com o funeral do segurado deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais deste seguro, ficando o tomador das despesas sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do óbito do segurado titular e/ou segurado dependente, conforme o caso.

6. Cessaçã da cobertura

- 6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 16.2, “Cessaçã de cobertura” das condições gerais.

7. Solicitaçã de indenizaçã

- 7.1. Para solicitaçã da indenizaçã, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante, pelo beneficiário ou pelo segurado ou por seu representante legal, conforme o caso, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.

- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 17, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) cópia autenticada da certidão de óbito;
 - b) notas fiscais originais dos serviços e recibos das despesas com o funeral;
 - c) documentos do tomador das despesas – entende-se por tomador das despesas o responsável pelo pagamento das despesas do funeral, comprovado por meio das notas fiscais;
 - d) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
 - e) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo tomador de despesas.
- 7.4. A indenização será paga ao tomador das despesas de forma única e integral.

8. Beneficiários

- 8.1. Para fins desta cobertura, fará jus ao recebimento dos valores desta cobertura qualquer pessoa física ou jurídica que tenha despendido valores para o pagamento de despesas funerárias do segurado, contanto que sejam apresentados os comprovantes de pagamento originais referentes a tais despesas.
- 8.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser intitulada ao recebimento de indenização por esta cobertura no âmbito da apólice se comprovado o legítimo interesse para que ela figure nessa condição.
- 8.3. Esta cobertura não é cumulativa com qualquer outra assistência prestada com relação a esse mesmo objeto, independentemente de ter sido ou não contratada com o contrato de seguro. Em caso de ocorrência de fato coberto e ensejador do acionamento simultâneo da presente cobertura e de eventual assistência funeral, serão reembolsados apenas os valores efetivamente despendidos pelo tomador das despesas e não aqueles de responsabilidade da empresa de assistência, se houver.

9. Disposições gerais

- 9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

**SAC – Serviço de
Atendimento ao Cliente**

0800 730 0012
Atendimento 24 horas

0800 730 0013
Em caso de deficiência auditiva ou de fala
Atendimento 24 horas

Central de Atendimento

0800 730 0011
Segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, exceto
feriados. (Assistência Funeral – 24h)

(+55 11) 3627 9415
Atendimento no exterior
(Assistência Funeral – 24h)

**Ouvidoria Prudential
Vida em Grupo**

0800 200 1020
Segunda a sexta-feira,
das 8h30 às 17h30, exceto feriados.



Prudential