

Caro(a) Segurado(a)

Parabéns! Você acaba de adquirir um produto com a qualidade **Liberty Seguros**, desenvolvido especialmente para atender às suas necessidades de proteção a um preço justo.

Leia atentamente estas Condições Gerais para saber mais sobre as vantagens do seu novo seguro.

Para aviso de sinistros e obtenção de informações sobre sua apólice, você pode dispor da nossa **Central de Atendimento**. Os telefones para contato constam logo abaixo. **Mantenha-os sempre à mão para qualquer eventualidade.**

Obrigado por escolher a Liberty Seguros.

E seja muito bem-vindo à sua conquista mais segura!

Marcos Machini
Vice-Presidente Comercial



CONDIÇÕES GERAIS - LIBERTY ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL	3
Glossário de Termos Técnicos	3
CLÁUSULAS E CONDIÇÕES	6
1. Declarações do Segurado.....	6
2. Âmbito Geográfico	6
3. Objetivo	6
4. Conceito das Coberturas Básicas	6
5. Riscos Excluídos	10
6. Aceitação e Inclusão de Segurados	11
7. Vigência e Renovação	12
8. Carência	13
9. Franquia	13
10. Designação e Alteração de Beneficiário(s).....	13
11. Capital Segurado	14
12. Atualização do Capital Segurado e do Prêmio	14
13. Atualização de Valores	14
14. Prêmio, Cálculo e Recálculo	15
15. Periodicidade de Pagamento do Prêmio	15
16. Pagamento do Prêmio	15
17. Cancelamento das Coberturas por Atraso nos Pagamentos do Prêmio Mensal ou Anual	17
18. Cancelamento do Seguro	17
19. Ocorrência de Sinistros	18
20. Relação de Documentos para Liquidação de Sinistros	18
21. Transformação da Indenização em Renda	20
22. Perda do Direito à Indenização	20
23. Material de Divulgação	21
24. Transferência de Direitos	21
25. Prescrição	21
26. Foro	21
27. Disposições Finais	21
 CONDIÇÕES ESPECIAIS	
Cobertura Adicional de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO)	22

GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

Acidente Pessoal: Significa a lesão corporal fatal ou não, causada involuntariamente, provocada por acidente exclusivo e diretamente externo com data caracterizada, súbito e violento, que por si só, e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente total ou parcial, ou torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se, ainda, nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparada, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se desse conceito:

b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como as consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência e assemelhadas como invalidez previdenciária, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

Agravamento do Risco: É uma circunstância superveniente à contratação do seguro, que aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do Segurado.

Apólice: É o documento que discrimina o bem Segurado, suas coberturas e garantias contratadas pelo Segurado, bem como os direitos e deveres das partes contratantes.

Aviso de Sinistro: É a comunicação à Seguradora da ocorrência do evento previsto na Apólice.

Beneficiário: É a pessoa que detém legalmente o direito à indenização, designada pelo Segurado Principal para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta. No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, bem como no caso de Morte do Segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário será o próprio Segurado Principal.

Capital Segurado: É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

Carência: É o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, do aumento do capital ou da recondução depois de suspenso, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as coberturas ou algumas delas.

Carregamento: É o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do Seguro.

Certificado Individual de Seguro: É o documento destinado ao Segurado, comprovador de sua inclusão no seguro, emitido pela sociedade Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de Capital Segurado ou prêmio.

Condições Contratuais: É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das condições especiais, da apólice, de eventuais endossos e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da Proposta de Adesão e do certificado individual do seguro.

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

Condições Gerais: Conjunto de Cláusulas e condições que regem o Contrato de Seguro, às quais adere o Segurado no momento da contratação do seguro e que fazem parte integrante da Apólice.

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

Corretor de seguros: É o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

Declaração médica: Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Deficiência visual: Qualquer prejuízo da capacidade de visão a seguir do considerado normal.

Doença do trabalho: Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

Doença profissional: Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

Doenças, lesões e acidentes preexistentes: São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo Segurado, antes da contratação do seguro e que seja de seu conhecimento.

Endosso: É o aditivo ao Contrato, pelo qual a Seguradora e o Segurado acordam quanto a alteração de dados, modificam condições ou objeto da Apólice, ou a transferem a outrem.

Evento coberto: É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

Indenização: É a reparação do dano sofrido pelo Segurado, correspondente em moeda corrente vigente no Brasil, cuja responsabilidade pelo pagamento no Contrato de Seguro é da Seguradora, sendo devida após a regulação do sinistro.

Invalidez Permanente: É a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão.

Médico assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados para exercer a prática da medicina. O Médico Assistente é o profissional que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

Plano: Grupo de Coberturas diferenciadas, estabelecidos no item 03. destas Condições Gerais.

Prêmio: É a importância paga pelo Segurado ou Estipulante à Seguradora em troca da transferência do risco a que ele está exposto.

Processo SUSEP: É o registro deste plano na SUSEP, que não implica, por parte da Autarquia, em incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Proponente: Pessoa que pretende fazer um seguro e que já firmou, para esse fim, a proposta.

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

Proposta de seguro: É o instrumento que formaliza o interesse do Estipulante/Proponente em efetuar o seguro.

Regime financeiro de repartição simples: É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

Regulação do sinistro: É a análise do processo de sinistro quanto a sua cobertura pela Apólice contratada, bem como da adequação da documentação necessária à indenização. Também envolve a ação do representante da Seguradora na verificação dos valores dos orçamentos das oficinas no que se refere à mão-de-obra, e as operações de substituição/recuperação de peças.

Renda: É a série de pagamentos periódicos devidos ao(s) beneficiário(s) ou ao próprio Segurado.

Riscos excluídos: São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo presente Contrato de Seguro.

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

Segurado dependente: É o cônjuge, do Segurado Principal, que tenha sido regularmente incluído no seguro.

Segurado principal: É o proponente que teve aceita a sua Proposta de Adesão pela Seguradora.

Sinistro: Ocorrência de acontecimento involuntário e casual previsto no Contrato de Seguro e para a qual foi contratada a cobertura.

SUSEP (Superintendência de Seguros Privados): Autarquia Federal fiscalizadora e reguladora das entidades do mercado securitário.

CLÁUSULAS E CONDIÇÕES

1. DECLARAÇÕES DO SEGURADO

As declarações do Segurado junto à Seguradora serão revestidas, obrigatoriamente, da mais estrita boa-fé e também de exatidão e veracidade.

2. ÂMBITO GEOGRÁFICO

2.1. O presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição em contrário discriminada nas Condições Contratuais ou na Apólice.

2.2. Quando for o caso, eventuais encargos de tradução referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora, o qual deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecida, atualizado monetariamente nos termos da legislação.

3. OBJETIVO

3.1. O presente seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou aos seus Beneficiários o pagamento de uma importância em dinheiro, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes destas Condições Gerais, desde que contratadas pelo Segurado, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais.

3.2. As coberturas deste seguro dividem-se em básicas e adicionais:

3.2.1 Coberturas Básicas:

- Morte Acidental (MA)
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

3.2.2. Cobertura Adicional: Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO).

3.3. O Proponente deverá informar na Proposta de Contratação quais coberturas pretende contratar, sendo uma das básicas obrigatória.

3.3.1. A descrição e as normas da cobertura adicional estão reguladas nas respectivas Condições Especiais destas Condições Gerais.

4. CONCEITO DAS COBERTURAS BÁSICAS

4.1. Morte Acidental (MA): Quando contratada, esta cobertura garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado para ela definido em caso de morte do Segurado causada exclusivamente por acidente pessoal coberto pelo seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

4.1.1. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura se destina ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, as quais podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando que:

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

- 4.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** Quando contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização quando ocorrer a sua invalidez permanente por acidente, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.
- 4.2.1. Como invalidez permanente por acidente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada exclusivamente por acidente pessoal coberto.
- 4.2.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma indenização, estipulada de acordo com os percentuais estabelecidos na Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente, constante no subitem 4.2.12. destas Condições Gerais.
- 4.2.3. Na perda parcial, ficando reduzida(s) a(s) função(ões) do(s) membro(s) ou órgão lesado(s), a indenização será calculada pela aplicação do grau de redução funcional apresentado sobre a percentagem prevista na tabela para sua perda total. O percentual final apurado será aplicado ao Capital Segurado correspondente à cobertura de invalidez.
- 4.2.4. Na falta de indicação de percentagem de redução e sendo informado apenas o grau de redução - máximo, médio e mínimo -, a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.
- 4.2.5. 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.
- 4.2.6. 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 membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a indenização prevista para sua perda total.
- 4.2.7. A perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito à indenização, salvo quando previamente declarado na Proposta de Contratação ou em adendo à mesma, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.
- 4.2.8. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente.
- 4.2.9. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica idônea para essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não ser feito o pagamento da indenização, caso o mesmo se recuse.
- 4.2.9.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.
- 4.2.10. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado, ou sua invalidez total e permanente em consequência do mesmo acidente, será deduzido do valor do Capital Segurado a ser pago o valor já indenizado em razão da invalidez parcial por acidente.
- 4.2.11. Após cada acidente, o Capital Segurado relativo a esta cobertura será reintegrado automaticamente, sem cobrança de prêmio adicional, salvo nos casos de invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

4.2.12. Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente

Grau de Invalidez	Discriminação	% do Capital Segurado
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
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 de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12	

Grau de Invalidez	Discriminação	% do Capital Segurado	
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9	
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as de polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos		
	Em grau mínimo	10	
	Em grau médio	20	
	Em grau máximo	30	
	Nariz		
	Perda total do nariz	25	
	Perda total do olfato	7	
	Perda do olfato com alterações gustativas	10	
	Aparelho Visual		
	Diplopia	15	
	Lesões das vias lacrimais		
	- Unilateral	7	
	- Unilateral com fistulas	15	
	- Bilateral	14	
	- Bilateral com fistulas	25	
	Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris		
	- Ectrópio unilateral	3	
	- Ectrópio bilateral	6	
- Entrópio unilateral	7		
- Entrópio bilateral	14		
- Má oclusão palpebral unilateral	3		
- Má oclusão palpebral bilateral	6		
- Ptose palpebral unilateral	5		
- Ptose palpebral bilateral	10		
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um membro inferior	70	
	Perda total do uso de um dos pés	50	
	Fratura não consolidada de um fêmur	50	
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios-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	

Grau de Invalidez	Discriminação	% do Capital Segurado
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos 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 - de 4 (quatro) centímetros - de 3 (três) centímetros - menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	15 10 6 -
DIVERSAS	Aparelho da fonação	
	- Perda da palavra (mudez incurável)	50
	- Perda de substância (palato mole e duro)	15
	- Amputação total da língua	50
	- Parcial (menos de 50%)	15
	- Parcial (mais de 50%)	30
	Sistema Auditivo	
- Perda total de uma orelha - Perda total das duas orelhas	8 16	

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos de todas as coberturas previstas neste Contrato de Seguro os eventos ocorridos em consequência:

- do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação radiativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- de atos de operação de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha ou revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou quaisquer perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- de doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;
- direta ou indireta de quaisquer alterações mentais consequentes do uso do álcool, drogas, entorpecentes ou substâncias tóxicas;
- de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

f) de suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;

f.1) este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, impossibilitando tecnicamente a devolução de prêmio ou reserva, caso ocorra suicídio durante o período de exclusão da cobertura.

g) de danos causados por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro;

h) da prática, por parte do Segurado, de atos contrários à Lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;

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

j) de indenizações ou prejuízos decorrente de acordo ou condenação judicial por danos morais.

5.2. Também não se encontram cobertos por nenhuma das coberturas do presente seguro:

a) as doenças, inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária (inclusive as decorrentes ou não de micro-traumas de repetição, tais como DORT, LER, Tenossinovite etc.), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;

b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não-decorrentes de acidente coberto;

c) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;

d) o parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;

e) 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 coberto;

f) o choque anafilático e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;

g) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como 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. Igualmente estão excluídas desta cobertura 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;

h) indenizações ou prejuízos decorrente de acordo ou condenação judicial por danos morais.

6. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

6.1. Somente poderão ser incluídos no seguro os proponentes que na data estabelecida para início de vigência do risco estiverem:

- a) em boas condições de saúde; e
- b) com idade de até 70 (setenta) anos na data do início da vigência individual do Segurado.

6.2. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para avaliar a Proposta de Contratação, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem em modificações no risco. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora no prazo previsto caracterizará a aceitação tácita da proposta.

6.3. A inclusão dos proponentes no contrato de seguro se dará mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação que, sob pena ser declinado o risco, deverá conter:

- a) dados pessoais;
- b) CPF ou, na falta deste, outro documento identificador de âmbito nacional;
- c) declaração ou prova de saúde;
- d) declaração de conhecimento prévio das Condições Gerais do seguro;
- e) indicação de Beneficiário(s).

6.3.1. A Proposta de Contratação será recepcionada pela Seguradora sob protocolo, com indicação da data e hora de seu recebimento e, com base na declaração prestada pelo Proponente, a Seguradora fará análise para aceitação ou recusa dos riscos individuais propostos.

6.3.2. É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de subscrição, informação ao proponente da existência de outros contratos de seguro de pessoas com coberturas concomitantes.

6.4. A Seguradora reserva-se ainda o direito de exigir do Proponente informações complementares para avaliação do risco, desde que o faça dentro do prazo de 15 (quinze) dias mencionado no subitem 6.2.

6.4.1. Uma vez solicitada documentação complementar, o prazo para aceitação ou recusa do risco será suspenso e a sua contagem será retomada às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da mesma.

6.4.2. A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta poderá ser feita apenas uma única vez durante o prazo de avaliação do risco.

6.4.3. A não-aceitação da Proposta de Contratação por parte da Seguradora será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer prêmio eventualmente pago, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, pelo índice estabelecido no contrato, conforme legislação vigente.

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

7.1. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data definida na Apólice para essa finalidade.

7.2. A Seguradora providenciará a emissão da Apólice ou do endosso no prazo de 2 (dois) dias úteis a partir da data da aceitação da Proposta.

7.3. Para as Propostas recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da Proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada na Apólice.

7.4. As Propostas de Contratação recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, desde que tenha sido aceito o risco, terão seu início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data em que a Seguradora receber a Proposta assinada pelo Segurado, Proponente ou seu representante legal.

7.5. A Apólice poderá ser renovada automaticamente, uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas na Cláusula 18 - Cancelamento do Seguro destas Condições Gerais;

7.5.1. A renovação automática a que se refere o subitem 7.5 não se aplica aos Segurados ou à Seguradora que comunicarem desinteresse na continuidade do contrato, caso avisem a inexistência de interesse na sua renovação com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data do final de vigência do contrato.

7.5.2. Feita uma renovação automática, as renovações seguintes deverão ter anuência expressa do Segurado.

7.5.3. Após a primeira renovação automática, o Segurado, seu representante e/ou Corretor de Seguros deverá enviar à Seguradora pedido de renovação até 30 (trinta) dias antes do termo final da vigência do contrato a vencer.

7.6. A Seguradora fornecerá ao proponente, seu representante e/ou Corretor de Seguros, protocolo que identifique o pedido/proposta de renovação por ela recepcionado, com indicação da data e hora de seu recebimento.

7.7. Aplicam-se à proposta de renovação os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados na Cláusula 6 - Aceitação e Inclusão de Segurados destas Condições Gerais.

8. CARÊNCIA

Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa, ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.

9. FRANQUIA

A Seguradora poderá estabelecer uma franquia, em valor fixo, em moeda nacional (R\$), limitada a até R\$ 500,00 (quinhentos reais), para a cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO).

10. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

10.1. É facultado ao Segurado indicar livremente o(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais. Na falta da indicação de Beneficiário(s), se aplicará, para efeito de pagamento do Capital Segurado, o disposto no art. 792 do Código Civil Brasileiro:

"Art. 792 - Na falta de indicação da pessoa ou Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

Parágrafo Único - Na falta das pessoas indicada neste artigo, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência".

10.2. Para os fins desta Cláusula, a(o) companheira(o) será equiparada(o) à(ao) esposa(o), nos casos admitidos pela Lei Civil, observado o disposto no artigo 793 do Código Civil Brasileiro:

"Art. 793 - É válida a instituição do Companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato."

10.3. Observado o disposto no artigo 791 do Código Civil Brasileiro, é facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir o(s) seu(s) Beneficiário(s), mediante manifestação escrita.

"Art. 791 - Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade".

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

10.5. No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente e Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

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

11. CAPITAL SEGURADO

11.1. Para fins deste seguro, Capital Segurado é a importância máxima a ser paga ou reembolsada em função do valor estabelecido para a(s) Cobertura(s) Básica(s), vigente na data do evento.

11.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

a) nas Coberturas Básicas de Morte Acidental e Invalidez Permanente e Total ou Parcial por Acidente: a data do acidente; e

b) nas Coberturas Adicionais eventualmente contratadas, as definidas em cada uma das respectivas Condições Especiais destas Condições Gerais.

11.3. A Seguradora pode recusar ou aceitar, sob restrições ou condições especiais, o Capital Segurado que ultrapassar o seu respectivo limite de retenção, calculado nos termos da regulamentação específica.

12. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

Os valores do Capital Segurado e do prêmio serão atualizados monetariamente a cada ano com base no IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo.

13. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

13.1. O pagamento de valores relativos a atualização monetária e juros moratórios se fará independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

13.2. Para efeito de atualização monetária, será utilizado o índice IPCA.

13.2.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária tomará por base o índice que vier a substituí-lo.

13.2.2. A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado na data imediatamente anterior à de sua efetiva liquidação.

13.3. Os juros de mora pactuados no caso de descumprimento contratual serão fixados no máximo de 1% (um por cento) ao mês.

13.4. Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se a atualização monetária pela variação do índice estabelecido no subitem 13.2, a partir da data em que se tornarem exigíveis:

- a) no caso de cancelamento do contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora;
- b) no caso de recebimento indevido de prêmio: a partir da data de recebimento do prêmio;
- c) no caso de recusa do risco: a partir da data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.

13.5. Os demais valores das obrigações pecuniárias da Seguradora, incluindo as indenizações, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no subitem 13.2.

13.6. Na hipótese de não-cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a Seguradora atualizará o valor devido a partir da data de exigibilidade, sendo assim considerada a data de ocorrência do evento.

13.7. Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de multa, quando prevista no Contrato, e de juros moratórios, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado em contrato para esse fim. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato, devem utilizar a taxa estipulada no subitem 13.3 desta Cláusula.

14. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO

14.1. O prêmio de cada Segurado é o produto da aplicação da taxa indicada nas Condições Contratuais da Apólice sobre o respectivo Capital da(s) Cobertura(s) contratadas pelo Segurado, em relação à sua faixa etária.

14.2. O aumento na taxa deverá ser realizado por endosso ou aditivo ao contrato, com concordância, expressa e por escrito, do Segurado, observado o disposto na Cláusula 18 - Cancelamento do Seguro destas Condições Gerais.

15. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

De acordo com o convencionado na Proposta de Adesão, o prêmio deste seguro será pago conforme uma das seguintes opções de periodicidade:

- a) anual;
- b) anual fracionado; ou
- c) mensal.

16. PAGAMENTO DO PRÊMIO

16.1. A cobrança do prêmio será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, do qual constarão no mínimo os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:

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

16.1.1. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem 16.1 diretamente ao Segurado ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao

Corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

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

16.3. 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 subsequente.

16.4. Caso o plano preveja o fracionamento do prêmio, o critério adotado será o seguinte:

- a) não será cobrado nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento;
- b) será garantido ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados;
- c) os prêmios serão pagos em parcelas sucessivas, não podendo a primeira parcela ser paga em prazo superior a 30 (trinta) dias da data de emissão da Apólice, endosso ou aditivo, bem como a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar a vigência da Apólice;
- d) configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na Tabela de Prazo Curto especificada a seguir:

Relação % Entre o Prêmio Pago e o Prêmio Total	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência Original	Relação % Entre o Prêmio Pago e o Prêmio Total	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência Original
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180	100	365/365

16.4.1. Para percentuais não previstos na alínea “d” do subitem 16.4 deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

16.4.2. A Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme alínea “d” do subitem 16.4.

16.4.3. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos na Cláusula 13 - Atualização de Valores destas Condições Gerais dentro do novo prazo de vigência ajustado, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice.

16.4.4. Findo o novo prazo de vigência da cobertura proporcional referida na alínea “d” do subitem 16.4., sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, se dará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

16.4.5. No caso de fracionamento em que a aplicação da Tabela de Prazo Curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua vigência, sem cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão, em caso de restabelecimento do contrato.

16.5. O disposto no subitem 16.4 não se aplica aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

16.6. A Seguradora providenciará aviso alertando a inadimplência no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da primeira parcela não paga.

16.7. Nos casos previstos no subitem 16.4, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o respectivo adicional de fracionamento.

16.8. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que o pagamento tenha sido realizado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

16.9. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmio(s) pago(s) pelo(s) Segurado(s).

17. CANCELAMENTO DAS COBERTURAS POR ATRASO NOS PAGAMENTOS DO PRÊMIO MENSAL OU ANUAL

17.1. Quando o custeio do prêmio se der sob a forma mensal ou anual, a falta de pagamento do prêmio, por um período de até 30 (trinta) dias, não acarretará o cancelamento automático do seguro.

17.1.1. Durante o prazo mencionado no subitem 17.1, as coberturas previstas na apólice não ficarão prejudicadas.

17.2. O Segurado em mora com o pagamento do prêmio será notificado para pagamento da parcela em atraso, acrescida dos encargos contratualmente previstos na Cláusula 13 - Atualização de Valores destas Condições Gerais.

17.2.1. O não-pagamento dentro do prazo de 30 (trinta) dias do atraso no pagamento da parcela do prêmio acarretará o cancelamento imediato e automático do seguro, não sendo mais permitida a reabilitação das coberturas, sem prejuízo da cobrança, pela Seguradora, dos prêmios vencidos enquanto esteve vigente o seguro.

18. CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1. Este Contrato de Seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, com o consequente cancelamento de sua respectiva Apólice, mediante acordo entre as partes contratantes (Seguradora e Segurado).

18.2. Independentemente de acordo, a rescisão poderá ser solicitada:

- a) pelo Segurado, a qualquer tempo, mediante comunicação por escrito à Seguradora;
- b) pela Seguradora, quando da inobservância pelo Segurado de quaisquer obrigações previstas neste Contrato de Seguro e respectiva Apólice, mediante comunicação, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

18.3. Além das situações ora mencionadas, o seguro estará automaticamente cancelado:

- a) com a morte e/ou invalidez permanente total do Segurado;
- b) com o cancelamento ou final de vigência da Apólice sem renovação, respeitando-se o período correspondente ao prêmio pago;
- c) quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio mensal ou anual, observado o disposto na Cláusula 17 – Cancelamento das Coberturas por Atraso no Pagamento do Prêmio Mensal ou Anual;
- d) com o fim do novo prazo de vigência da cobertura proporcional referido no subitem 16.4.4, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio.

19. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

19.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o Segurado e/ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) informá-lo à Seguradora logo que o saibam e comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência, mediante apresentação dos documentos básicos listados na Cláusula 20 - Relação de Documentos para Liquidação do Sinistro, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

19.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento do Capital Segurado devido pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda documentação listada na Cláusula 20 - Relação de Documentos para Liquidação do Sinistro, que comprove a ocorrência de evento coberto e os respectivos prejuízos indenizáveis.

19.3. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao Segurado e/ou seu(s) Beneficiários(s) outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 20 - Relação de Documentos para Liquidação do Sinistro e respectivos subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 19.2 será suspenso e voltará a ser contado a partir do recebimento, pela Seguradora, destes documentos e/ou informações ou esclarecimentos complementares.

19.4. Não sendo observado o prazo previsto no subitem 19.2, os valores devidos serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido na Cláusula 13 - Atualização de Valores, além de multa moratória de 2% (dois por cento) ao mês.

19.4.1. Os juros e multa moratórios citados no subitem 19.4 serão contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, enquanto a atualização monetária será aplicada a partir da data do aviso do sinistro até a data do efetivo pagamento.

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

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

20. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

20.1. Os documentos abaixo indicados são imprescindíveis para o procedimento de regulação de sinistro. Assim, deverão ser encaminhados à Seguradora em suas vias originais ou cópias autênticas:

20.2. Em caso de Morte Acidental:

20.2.1. Formulário Aviso de Sinistro, assinado pelo Beneficiário e pelo médico assistente.

20.2.2. Documentos do Segurado: além do indicado no subitem 20.2.1 desta Cláusula, devem ser apresentados também:

- a) cópia da certidão de óbito;
- b) cópia do RG, CPF e comprovante de residência;
- c) declaração médica indicando a causa da morte, com firma reconhecida;
- d) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;
- e) cópia da CNH, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo causador de sua morte;
- f) radiografias e exames médicos (quando houver);
- g) cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial,
- h) declaração do hospital onde a vítima foi atendida, quando for o caso;
- i) cópia do laudo do IML, incluindo resultados dos exames de dosagem alcoólica e/ou toxicológica, se realizado;
- j) cópia do auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

20.2.3. Documentos do(s) Beneficiário(s):

- a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), quando maior(es) de 18 (dezoito) anos, ou certidão de nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
- b) no caso de beneficiários incapazes:
 - menores sujeitos ao poder familiar: documentos de identificação do pai e da mãe (RG e CPF).
 - menores sujeitos à tutela: termo de tutela e documento de identificação do tutor (RG e CPF).
 - maiores de idade: termo de curatela e documento de identificação do curador (RG e CPF).
- c) em caso de companheiro(a): além dos documentos indicados na alínea “a” deste subitem, apresentar também documentos comprobatórios da qualidade de companheiro(a) do Segurado no momento do sinistro.

20.3. Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: além dos documentos mencionados no subitem 20.2, deve ser apresentado o atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente, caso o Segurado se encontrasse em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

20.4. A responsabilidade pelo pagamento das indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora, não se estabelecendo nenhuma relação neste sentido com o Estipulante.

20.5. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade, ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Contratuais, será proposta pela Seguradora ao Segurado, por meio de correspondência escrita, a constituição de junta médica, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação.

20.5.1. A referida junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

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

21. TRANSFORMAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EM RENDA

21.1. As indenizações pelas coberturas básicas Morte Acidental ou Invalidez Total por Acidente podem ser pagas integral ou parcialmente, sob a forma de renda certa, temporária ou vitalícia, em prestações mensais, iguais e sucessivas, conforme acordado entre as partes, desde que tenha havido opção expressa do Segurado neste sentido, devendo ser estabelecido pelas partes o valor da renda mínima inicial nas Condições Contratuais.

21.2. O valor de cada parcela deve ser calculado utilizando-se a taxa de juros definida nas Condições Contratuais, limitada a 6% a.a. (seis por cento ao ano), na forma da Tabela Price e atualizado anualmente, a partir da data de sua concessão, com base no índice definido na Cláusula 13 - Atualização de Valores destas Condições Gerais, acrescido do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada à renda.

21.3. Será(ão) constituída(s) a(s) provisão(ões) matemática(s) de acordo com a legislação vigente para as indenizações sob a forma de renda.

21.4. Para a concessão ou manutenção de qualquer dos benefícios garantidos por esta Cláusula, o Segurado se compromete a se submeter a exames e/ou perícia médica, se solicitados pela Seguradora.

21.5. Caso o Segurado venha a falecer durante o período de pagamento da renda, fica garantido pela Seguradora o pagamento imediato do restante do Capital Segurado da cobertura ao(s) Beneficiário(s).

21.6. Se o estado de invalidez do Segurado cessar antes do término do pagamento das rendas contratadas, ele poderá ser reincluído no seguro, a critério da Seguradora.

22. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

22.1. Conforme estabelecido nos artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro, e além dos casos previstos em Lei, o Segurado perderá o direito às garantias e coberturas previstas neste Contrato de Seguro e respectiva Apólice, ficando a Seguradora isenta de qualquer obrigação deles decorrente, sujeitando-se o Segurado, ainda, às sanções previstas na legislação e no Contrato de Seguro, se ele e/ou seu representante legal ou Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, ficando ainda obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

22.1.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá:

I - Na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro retendo do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido;

II - Na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral: cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo do prêmio originalmente pactuado acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido;

III - Na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelar o seguro após o pagamento da indenização deduzindo do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

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

a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;

b) prática de infrações ou fraudes, com o propósito de obter vantagem ilícita com o seguro;

c) não-fornecimento da documentação solicitada; e

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

22.3. Caso ocorra incidente suscetível de agravar o risco coberto, o Segurado deverá comunicar o fato de imediato e por escrito à Seguradora, sob pena de perder o direito à garantia, conforme estabelecido no art. 769 do Código Civil Brasileiro.

22.3.1. A Seguradora poderá cancelar o contrato de seguro, mediante comunicação escrita ao Segurado dentro do prazo de 15 (quinze) dias do recebimento do aviso de agravação, conforme previsto no § 1º do artigo 769 do Código Civil Brasileiro.

22.3.2. Nos termos do § 2º do artigo 769 do Código Civil Brasileiro, o cancelamento previsto no subitem anterior será eficaz somente após decorridos 30 (trinta) dias da notificação do Segurado.

23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou Corretor somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas do seguro.

24. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

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

25. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado ou do(s) beneficiário(s) com fundamento no presente seguro prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

26. FORO

Fica eleito o foro da Comarca do domicílio do Segurado, ou do Beneficiário, conforme o caso, para nele serem dirimidas as dúvidas, conflitos ou litígios oriundos deste Contrato de Seguro, renunciando as partes expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

27. DISPOSIÇÕES FINAIS

Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a prerrogativa de não renovar a Apólice na data de seu vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da Apólice.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Quando contratada, esta cobertura adicional garante ao próprio Segurado, até o respectivo valor do Capital Segurado, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, desde que iniciado nos primeiros 30 (trinta) dias contados da data do acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas desta Cláusula Adicional, das Condições Gerais e do Contrato.

1.2. A Seguradora se reserva o direito de não reembolsar quaisquer despesas, caso seja comprovado que o tratamento teve início depois de decorridos 30 (trinta) dias da data de ocorrência do sinistro.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Segurado para esta cobertura adicional terá como base de cálculo o valor do Capital Segurado da cobertura básica Morte Acidental, sendo sua proporcionalidade fixada na Proposta de Contratação e nas Condições Contratuais da Apólice e em até 10% (dez por cento) da cobertura básica, limitada ao máximo de R\$ 3.000,00 (três mil reais).

2.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, considera-se como data do evento a data do efetivo dispêndio pelo Segurado.

3. CARACTERIZAÇÃO

3.1. Como tratamento considera-se inclusive a internação hospitalar a critério do médico assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, ultra-sonografia tomografia computadorizada, medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório, bem como despesas de pronto-socorro, assistência de enfermeiro(s) diplomado(s) e honorário(s) médico(s) e dentista(s).

3.2. O reembolso de despesas com dentistas abrange exclusivamente a restauração e/ou colocação de prótese em substituição a dentes naturais danificados, parciais ou totalmente, em acidente coberto e sofrido pelo Segurado.

4. RISCOS EXCLUIDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos pela Cláusula 5 – Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos da cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas os eventos ocorridos em consequência de:

a) doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas como acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro-traumas de repetição tais como DORT, LER, Tenossinovite etc.), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;

b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

- c) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
- d) parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
- e) 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 coberto;
- f) choque anafilático e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
- g) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas 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. Igualmente estão excluídas desta cobertura 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.

4.2. Estão ainda excluídas da cobertura de Despesas Médico-Hospitalares as despesas decorrentes de:

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

5. LIVRE ESCOLHA

É facultado ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

6. FRANQUIA

6.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de franquia, a mesma será definida em reais (R\$) e será aplicada sobre o valor total dos prejuízos indenizáveis.

6.2. O valor da franquia será limitado a até R\$ 500,00 (quinhentos reais) e constará na Proposta de Contratação e na Apólice.

7. COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

7.1. O Segurado deverá comprovar as despesas de assistência médica, hospitalar e odontológica mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) relatório médico assinado pelo médico assistente;
- c) receitas médicas;
- d) exames médicos e radiológicos realizados;
- e) notas fiscais e recibos originais;

- f) contas hospitalares;
- g) cópia da carteira de habilitação, somente para os casos em que o Segurado conduzia o veículo;
- h) cópia autenticada do CPF e RG do Segurado.

7.2. Devem ser apresentadas também cópias autenticadas dos seguintes documentos:

- a) certidão de registro de ocorrência policial;
- b) comunicação de acidente de trabalho (CAT), quando for o caso;
- c) RG, CPF e certidão de nascimento ou casamento;
- d) comprovante de residência.

7.3. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou Segurado outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares, além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 17.1 da Cláusula 17 – Cancelamento das Coberturas por Atraso nos Pagamentos dos Prêmios Mensal ou Anual, das Condições Gerais do seguro, será suspenso e voltará a ser contado a partir do recebimento, pela Seguradora, destes documentos e informações, ou esclarecimentos complementares.

8. PAGAMENTO DO REEMBOLSO

8.1. O reembolso das Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) poderá ser feito a terceiros quando:

- a) as despesas forem devidamente comprovadas e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo menor, se for o caso; ou
- b) o Segurado sofrer algum tipo de acidente ou doença que o impeça de realizar por seus próprios meios o pagamento das despesas.

8.2. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitados os limites estabelecidos na cobertura, atualizadas monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro.

9. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Após cada evento em que houver reembolso de despesas médico-hospitalares, o Capital Segurado relativo a esta cobertura será reintegrado automaticamente, sem cobrança de prêmio adicional, salvo nos casos de despesas médico-hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, quando decorrentes direta ou indiretamente do mesmo acidente.

10. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

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

11. TÉRMINO DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais do Seguro de Acidentes Pessoais Individual, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para cada Segurado quando a presente cobertura for cancelada, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

Esta Cláusula Adicional faz parte das Condições Gerais do Seguro de Acidentes Pessoais Individual. As normas constantes desta Cláusula Adicional, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais.

IMPORTANTE

I – A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

II – O registro deste plano na SUSEP não implica no incentivo ou recomendação à sua comercialização.

III – O Segurado poderá consultar a regularidade da situação de seu Corretor de Seguros no site da SUSEP (www.susep.gov.br) por meio do número de registro do Corretor na SUSEP, nome completo e CNPJ ou CPF do mesmo.

IV - A Liberty Seguros também disponibiliza um canal de Ouvidoria, com Ouvidor externo e independente, que poderá ser utilizado para revisão de processos, observados os seguintes pré-requisitos:

- Quando o cliente não concordar com a solução apresentada pelo setor responsável;
- Quando tiver transcorrido ao menos 30 (trinta) dias sem uma decisão do setor responsável;
- Quando o valor envolvido no sinistro for de até R\$ 100.000,00 (cem mil reais);
- Quando o assunto objeto do recurso à Ouvidoria não estiver em discussão judicial ou em qualquer órgão de defesa do consumidor.

O regulamento da Ouvidoria está disponível no site www.libertyseguros.com.br, onde é possível postar seu recurso. Se preferir, o recurso também poderá ser enviado pelo email ouvidoria@libertyseguros.com.br, pelo telefone 0800 740 3994, ou ainda por carta, para a Rua Dr. Geraldo Campos Moreira, 110 – 11º andar – São Paulo/SP – CEP: 04571-020 – **a/c Ouvidoria**.

Liberty Seguros S/A - CNPJ: 61.550.141/0001-72 - Código SUSEP do Produto: N.º 15414.100157/2004-81

Sul América Capitalização S/A – SULACAP - CNPJ: 03.558.096/0001-04 Código SUSEP do Produto: N.º 10.005813/01-86

Out/2011