

SEGURO ZURICH ACIDENTES PESSOAIS DE PASSAGEIROS CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 1ª - DEFINIÇÕES

Para efeito das disposições deste seguro ficam convencionadas as seguintes definições:

Acidente Pessoal:	<p>Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física que por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou torne necessário tratamento médico, observando-se que:</p> <p>a) Incluem-se nesse conceito os acidentes decorrentes:</p> <ul style="list-style-type: none">a.1) Do suicídio, ou a sua tentativa (se decorridos 2 (dois) anos de vigência individual), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;a.2) Da ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;a.3) Do escapamento acidental de gases e vapores;a.4) De sequestro e tentativa de sequestro;a.5) Das alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas. <p>b) Excluem-se do conceito de acidente pessoal:</p> <ul style="list-style-type: none">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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo; eb.4) 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.
Apólice:	Documento que a Seguradora emite, com um número próprio de identificação, formalizando a aceitação do risco proposto pelo Estipulante. A apólice discrimina as coberturas contratadas e condições aplicáveis.
Aviso de Sinistro:	Documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.
Beneficiário:	É a pessoa, física ou jurídica, a quem é devido o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto.
Capital Segurado:	É o valor máximo a ser pago ou reembolsado pela Seguradora para a cobertura contratada em decorrência de sinistro coberto, vigente na data do sinistro.
Carência:	Período contínuo de tempo, determinado na apólice, contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou do aumento do capital segurado ou da recondução,

no caso de suspensão da cobertura, durante o qual, na ocorrência de sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados e a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência da cobertura individual.

Certificado Individual:	Documento destinado ao Segurado e emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação do proponente na apólice, a renovação do seguro ou a alteração de valores de capital segurado ou prêmio. Do certificado individual devem constar, além dos dados pessoais do Segurado, a data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes, o capital segurado de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes, o prêmio total e a informação de que o segurado tem direito ao excedente técnico, quando for o caso.
Cobertura:	Proteção contra determinado risco, contratada pelo Segurado de acordo com as condições da apólice.
Condições Contratuais:	Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.
Condições Gerais:	Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e do estipulante e que definem as características gerais do seguro. As presentes Condições Gerais poderão ser alteradas por Condições Especiais, Cláusulas Suplementares e pelo Contrato, desde que sejam ratificadas e incluídas na Apólice. Sempre que a interpretação o permita, em qualquer texto integrante da apólice, o masculino englobará o feminino, o singular o plural e vice-versa.
Contrato:	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.
Corretor:	Pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e registrada na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados - e legalmente autorizada a intermediar a realização de contratos de seguro, podendo representar os interesses do Estipulante ou do Segurado junto à Seguradora.
Dados Cadastrais	São informações sobre o Estipulante e sobre os Segurados que toda proposta de seguro e todas as movimentações da apólice deverão conter, conforme segue: <ol style="list-style-type: none">1. PESSOA FÍSICA:<ol style="list-style-type: none">a. Nome completo;b. Sexo;c. Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF);d. Data de nascimento;e. Natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição (RG); ef. Endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código DDD.2. PESSOA JURÍDICA<ol style="list-style-type: none">a. Denominação ou razão social;b. Atividade principal desenvolvida;c. Número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);d. Endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código DDD.

Dano Moral:	Toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo, em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico. O Dano Moral é risco excluído de todas as coberturas desta apólice.
Doenças e Lesões Corporais Preexistentes:	São as doenças e lesões, inclusive as congênitas, contraídas ou sofridas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro.
Endosso ou Aditivo:	Instrumento de alteração do contrato de seguro – documento que a Seguradora emite para promover qualquer modificação na apólice e que fica fazendo parte integrante da mesma. A Seguradora tem 15 (quinze) dias para analisar, aceitar integralmente ou com ressalvas ou recusar uma solicitação de alteração da apólice.
Estipulante:	Pessoa física ou jurídica que contrata a apólice coletiva de seguros, ficando investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, nos termos da legislação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.
Garantias:	São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.
Grupo Segurado:	É a parte do grupo segurável efetivamente aceita pela Seguradora e incluída na apólice.
Grupo Segurável	É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que, de acordo com as condições da apólice, podem aderir a este seguro.
Indenização:	Valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência de sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.
Indenizações Punitivas:	Indenizações decorrentes de processos civis, como punição a qualquer falta do Estipulante ou do Segurado, não destinadas a repor a perda do Segurado ou de terceiro reclamante (“Punitive Damages”). As Indenizações Punitivas são riscos excluídos de todas as coberturas desta apólice.
Invalidez Permanente:	Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão.
Médico Responsável ou Assistente:	É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Responsável ou Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
Prêmio:	Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
Prêmio líquido:	Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
Prescrição:	Perda do direito da pretensão de todo e qualquer pedido reclamando um interesse, em razão do transcurso do prazo fixado em lei.

Proponente:	É a pessoa física que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.
Proposta de Contratação:	Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, através do qual o Estipulante, ou seu Corretor de Seguros, expressa o interesse de contratar o seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais. A Seguradora tem 15 (quinze) dias para analisar, aceitar integralmente ou com ressalvas ou recusar uma 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 de aderir à contratação do seguro sob a forma coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.
Reabilitação do Seguro:	É o restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão.
Regulação de Sinistro:	É o processo pelo qual a Seguradora analisa as circunstâncias e a documentação dos sinistros comunicados pelo Estipulante, pelo Segurado ou pelo Beneficiário, para, no caso de enquadramento nos Riscos Cobertos da apólice, providenciar a indenização devida nos termos da mesma.
Reintegração do Capital Segurado:	É a recomposição do Capital Segurado de uma cobertura no mesmo montante em que foi reduzida após ocorrência de sinistro coberto.
Risco ou Evento Coberto:	Acontecimento possível, futuro e incerto, que independe da vontade das partes e cuja ocorrência obriga a Seguradora a pagar a indenização devida, desde que não se classifique como risco excluído, respeitadas as Condições contratuais.
Riscos Excluídos:	São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou nas Condições Especiais, que não serão cobertos pelo plano.
Seguradora:	É a Zurich Brasil Seguros S.A., empresa legalmente constituída para assumir e gerir os riscos devidamente especificados na apólice, mediante a cobrança do prêmio respectivo.
Segurados:	São os proponentes que estão expostos aos riscos previstos nas coberturas contratadas, efetivamente aceitos pela Seguradora e incluídos no seguro.
Sinistro:	É a ocorrência de um risco coberto pela apólice, durante o período de vigência da cobertura individual, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.
Sub-Estipulante:	É a pessoa jurídica que participa de apólice coletiva contratada pelo Estipulante, assumindo as mesmas responsabilidades deste e ficando, igualmente, investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora. Assim, sempre que na apólice ler-se Estipulante, entenda-se também Sub-Estipulante, quando houver.
Vigência da apólice:	É o período durante o qual a apólice contratada está em vigor.
Vigência da cobertura individual:	É o período durante o qual as coberturas contratadas para cada Segurado aceito durante a vigência da apólice estão em vigor, respeitadas as condições das mesmas.

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir, nos termos destas Condições Gerais e das demais condições contratuais, até o limite do Capital Segurado estabelecido para cada cobertura contratada, o pagamento de indenização ao Segurado ou aos seus Beneficiários, caso aquele venha a sofrer acidente pessoal coberto ocorrido durante viagem em veículo discriminado na apólice.

CLÁUSULA 3ª – FORMAS DE CONTRATAÇÃO E ADESÃO AO SEGURO

A forma de contratação será discriminada na apólice, acompanhando a forma de cálculo do prêmio, sendo:

- 3.1. **Pela Lotação Oficial:** as coberturas contratadas serão aplicáveis aos passageiros dos veículos discriminados na apólice, limitado o número de passageiros à lotação máxima autorizada do veículo, isto é, o número de passageiros sentados, acrescido do de passageiros em pé, de acordo com os regulamentos e atos baixados pelas autoridades competentes.
- 3.2. **Por Adesão Facultativa:** as coberturas contratadas serão aplicáveis aos passageiros dos veículos que estejam cumprindo as linhas e distâncias discriminadas na Apólice, mediante adesão ao seguro no momento da aquisição da passagem.

Não estão abrangidos pela cobertura do seguro os empregados do Estipulante, as pessoas que estejam em serviço nos veículos e/ou os proprietários dos mesmos e as pessoas que estejam viajando sem pagamento de passagem, salvo estipulação expressa em contrário na apólice.

Não serão aceitos neste seguro, salvo estipulação expressa em contrário na apólice, passageiros de veículos com menos de 4 (quatro rodas), de veículos destinados ao serviço de socorros médicos, das corporações militares, de bombeiros, de transportes de presos e de caminhões, ainda que adaptados com bancos e cobertos.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS COBERTOS E GARANTIAS DO SEGURO

- 4.1. **Este seguro destina-se exclusivamente à cobertura dos acidentes ocorridos aos passageiros dos veículos discriminados na apólice.** Consideram-se Riscos Cobertos aqueles expressamente convencionados nas cláusulas das coberturas efetivamente contratadas e ratificadas na Apólice, com a indicação dos respectivos Capitais Segurados.
- 4.2. Poderão ser contratadas as coberturas a seguir discriminadas, em conjunto ou isoladamente, desde que ratificadas na Apólice e de acordo com o estabelecido na mesma:
 - a) Morte Acidental
 - b) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
 - c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
 - d) Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMH)

CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídas deste seguro as reclamações decorrentes de:

- 5.1. **Quaisquer acidentes que ocorrerem aos passageiros dos veículos se esses estiverem com lotação excedente à autorizada por regulamentos e atos baixados pelas autoridades competentes, e/ou que forem postos em movimento ou guiados por motoristas que não tenham a devida habilitação, ressalvados os casos de força maior;**
- 5.2. **O uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- 5.3. **Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando, da ocorrência de evento coberto, o Segurado esteja prestando serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- 5.4. **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- 5.5. **Ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu**

- propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- 5.6. Acidentes e doenças pré-existentes à contratação deste seguro não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do Segurado na contratação do plano;
 - 5.7. Lesões corporais, bem como suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual;
 - 5.8. Doenças congênitas e suas consequências;
 - 5.9. Diálises e hemodiálises;
 - 5.10. Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
 - 5.11. A gravidez, o parto ou o aborto e quaisquer complicações ou consequências decorrentes da gravidez, do parto ou do aborto, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
 - 5.12. As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
 - 5.13. O choque anafilático e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
 - 5.14. Cirurgias plásticas e despesas com compra de prótese, confecção de óculos e lentes de contato (salvo as cirurgias pós-acidentais restauradoras e as despesas com reparos ou substituição de próteses odontológicas danificadas em consequência de acidente pessoal coberto, desde que contratada cobertura correspondente);
 - 5.15. A perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie, salvo se contratada cobertura correspondente;
 - 5.16. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de risco coberto;
 - 5.17. Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
 - 5.18. O tratamento de doenças mentais ou psiquiátricas;
 - 5.19. Automutilações e lesões auto-infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;
 - 5.20. Ato reconhecidamente perigoso que não provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - 5.21. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - 5.22. Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados.
 - 5.23. Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
 - 5.24. O suicídio, ou sua tentativa, se ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos do início de vigência da cobertura individual ou da recondução do seguro após suspensão ou ainda nos 2 (dois) primeiros anos da data do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.
 - 5.25. Epidemias e pandemias oficialmente declaradas pelo órgão competente, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa que atinja maciçamente a população;
 - 5.26. O dano moral;
 - 5.27. Indenizações punitivas;
 - 5.28. Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, por seus beneficiários, pelo representante de um ou de outro ou, ainda, pelos sócios controladores, dirigentes, administradores ou beneficiários do Estipulante ou seus respectivos representantes;
 - 5.29. Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;
 - 5.30. Eventos não decorrentes de risco coberto pelas coberturas contratadas.

CLÁUSULA 6ª - CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O Capital Segurado para cada uma das coberturas contratadas será definido na Apólice.
- 6.2. Em caso de acidente ocorrido durante viagem em que se verifique excesso de lotação resultante de força maior, conforme ressalva constante no item 5.1. da CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS destas Condições, a indenização que seria devida a cada um dos passageiros acidentados será reduzida na proporção da lotação segurada para a que existia no veículo na ocasião do acidente.
- 6.3. Caso o Estipulante, amigavelmente ou cumprindo sentença judicial, indenizar passageiros acidentados ou beneficiários em valores superiores aos estabelecidos na Apólice, ratifica-se que a Seguradora responderá somente até os limites fixados na mesma, ficando o excedente sob exclusiva responsabilidade do Estipulante.

CLÁUSULA 7ª - ATUALIZAÇÃO DE VALORES

- 7.1. DA ATUALIZAÇÃO DOS VALORES CONTRATADOS
 - 7.1.1. Estabelece-se para fins de atualização monetária de valores deste contrato, quando aplicável, o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
 - 7.1.2. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, será considerado, para efeito desta cláusula, o IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor/ Fundação Getúlio Vargas.
 - 7.1.3. As contratações com vigência inferior a um ano não estão sujeitas à atualização monetária de prêmios e capitais segurados.
 - 7.1.4. Quando aplicável, os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data de aniversário da contratação, com base na variação positiva do índice no correspondente período anual.
 - 7.1.5. Para as coberturas de morte ou invalidez custeadas mediante pagamento único ou anual do prêmio, os capitais segurados deverão ser atualizados desde a data da última atualização do prêmio até a data e ocorrência do respectivo evento gerador.
- 7.2. DA ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS
 - 7.2.1. Os valores devidos pela Seguradora a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 7.1.1 destas condições a partir da data em que se tornarem exigíveis, sendo:
 - 7.2.1.1. No caso de cancelamento do contrato, os valores serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.
 - 7.2.1.2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora os valores serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.
 - 7.2.2. Caso o pagamento da indenização não seja efetuado conforme disposto no subitem 12.7 da CLÁUSULA 12 - PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO, o valor da mesma será atualizado monetariamente pela variação positiva do índice estabelecido no item 7.1.1 destas condições. Para efeito deste item, serão consideradas as seguintes datas de exigibilidade:
 - 7.2.2.1. Para as coberturas de indenização por acidentes pessoais, a data do acidente;
 - 7.2.2.2. Para as coberturas cuja indenização corresponda ao reembolso de despesas efetuadas, a data do efetivo dispêndio pelo Segurado;
 - 7.2.3. A atualização de que tratam os itens 7.2.1 e 7.2.2 destas Condições Gerais será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
 - 7.2.4. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo para esse fim, e serão contados a partir do primeiro dia posterior a tal prazo.

CLÁUSULA 8ª - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações por MORTE e INVALIDEZ PERMANENTE, se ambas forem contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente verificar-se a Morte do Segurado em

consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

CLÁUSULA 9ª – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

As coberturas concedidas por este seguro são extensivas a todo o globo terrestre.

CLÁUSULA 10 - CARÊNCIA

Não haverá carência para eventos resultantes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, cuja carência é de 2 (dois) anos.

CLÁUSULA 11 - PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO

- 11.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, o mesmo deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado, seu Representante ou seu Beneficiário, em formulário próprio de Aviso de Sinistro, carta registrada, telegrama, fax, e-mail ou por qualquer outro meio legal, à Seguradora ou ao seu Representante.**
- 11.2. Da comunicação antes referida, deverão constar: ano, modelo, placa e chassi do veículo discriminado na apólice e envolvido no sinistro, data, hora, local, causa do acidente, número de pessoas acidentadas e outras informações relevantes.
- 11.3. A comunicação na forma das cláusulas anteriores não exonera o Segurado ou seu beneficiário da obrigação de apresentar o Aviso de Sinistro, o mais rápido possível, e entregar à Seguradora todos os demais documentos pertinentes ao sinistro, conforme CLÁUSULA 12 - PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO, destas Condições Gerais.
- 11.4. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

CLÁUSULA 12 - PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO

- 12.1. O pagamento de qualquer indenização com base neste seguro somente poderá ser efetuado após o Segurado ou o Beneficiário ter provado satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas necessárias à elucidação do mesmo.
- 12.2. Os atos ou providências que a Seguradora praticar após o sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.
- 12.3. Todas as despesas efetuadas com a comprovação ou apuração do sinistro e com os documentos de habilitação efetivamente necessários a essa comprovação ou apuração, correrão por conta do Segurado ou de seus Beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
- 12.4. As cópias de documentos simples e autenticadas entregues à Seguradora para análise do sinistro passam a ser de propriedade da mesma, não sendo devida a devolução de quaisquer destes documentos a quem quer que seja, mesmo que a análise resulte em negativa da cobertura. Documentos originais recebidos para análise de cobertura, quando não forem estritamente relacionados ao seguro, poderão ser, mediante solicitação expressa, devolvidos aos beneficiários ou a quem de direito.
- 12.5. Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente à cargo da Seguradora.
- 12.6. Para rápida regulação do sinistro, envolvendo qualquer uma das coberturas contratadas, deverão ser apresentados os documentos básicos especificados nos textos das mesmas, e, se houver, os constantes nas demais condições da apólice, ficando ressalvado o direito da Seguradora de solicitar quaisquer outros documentos necessários, se existir dúvida fundada e justificável.**
- 12.7. A Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias a partir da entrega de toda documentação exigível para o pagamento da indenização devida. No caso de solicitação de documentação complementar prevista no item anterior, esse prazo será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

- 12.8. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 12.8.1. A junta médica acima mencionada será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 12.8.2. 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.
- 12.8.3. 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.

CLÁUSULA 13 - FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

As indenizações serão pagas sob a forma de parcela única.

CLÁUSULA 14 – DECLARAÇÕES / ALTERAÇÕES / COMUNICAÇÕES.

- 14.1. As declarações prestadas pelo Estipulante, pelo Segurado e/ou pelo Corretor de Seguros, na proposta e nos demais documentos necessários à apreciação do risco proposto à Seguradora, servem de base à aceitação e realização deste seguro.
- 14.2. Os formulários que a Seguradora põe à disposição do Segurado, quer como parte integrante da proposta, como documentos anexos à mesma ou sob a forma de questionários sobre o estado de saúde, atividades profissionais, ocupacionais, desportivas ou sobre a situação patrimonial e financeira do Segurado, constituem elementos facilitadores das declarações a prestar.
- 14.3. Nenhuma alteração na apólice será válida se não for feita por escrito, com a concordância das partes contratantes.
- 14.4. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

CLÁUSULA 15 – PERDA DE DIREITOS

Sem prejuízo do que consta nas demais condições deste seguro e do que em lei esteja previsto:

- 15.1. O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.**
- 15.2. Se o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que pudessem influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido, sendo que:**
- Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má fé do Segurado, a Seguradora poderá:**
- 15.2.1. Na hipótese de não ocorrência de 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.**
- 15.2.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:**
- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
 - b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**
- 15.2.3. Na hipótese da 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 do prêmio cabível.**

15.3. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba e por escrito, qualquer fato suscetível de agravar os riscos cobertos na apólice, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

- 15.3.1. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 15.3.2. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída pelo Segurador a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

CLÁUSULA 16 - CANCELAMENTO E RESCISÃO

- 16.1. O presente seguro será cancelado ou rescindido:
- 16.1.1. A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.
- 16.1.2. No caso de falta de pagamento do prêmio, observado o disposto na Cláusula 19 – RECOLHIMENTO E PAGAMENTO DO PRÊMIO.
- 16.1.3. No caso de agravação de risco individual, a Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro, excluindo-o da apólice. O cancelamento só será eficaz 30 (trinta dias) após a notificação.
- 16.1.4. Pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a esta apólice e se constatada uma das hipóteses previstas na CLÁUSULA 15 - PERDA DE DIREITOS.
- 16.2. Este seguro, se pago o prêmio em parcela única, também poderá ser cancelado, total ou parcialmente, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes:
- 16.2.1. Se a pedido do Segurado, a Seguradora reterá o prêmio de acordo com a tabela de prazo curto da CLÁUSULA 19 – RECOLHIMENTO E PAGAMENTO DO PRÊMIO destas condições. Para prazos não previstos na referida tabela, deverão ser utilizados percentuais correspondentes aos prazos imediatamente superiores.
- 16.2.2. Se por iniciativa da Seguradora, a mesma restituirá ao Segurado a parte do prêmio comercial recebido proporcional ao tempo não decorrido (na base pró-rata dia), a contar da data do cancelamento.
- 16.3. Em qualquer das situações acima, **não será devida** a devolução do custo de emissão da Seguradora (custo de apólice) e dos juros de parcelamento, se houver, processando-se o cálculo sobre o prêmio líquido da apólice.

CLÁUSULA 17 - CUSTEIO DO SEGURO

De acordo com as demais condições da apólice, este seguro pode ser:

- 17.1. Não contributário**, em que os Segurados não pagam os prêmios, devidos exclusivamente pelo Estipulante, ou
- 17.2. Contributário**, em que os Segurados pagam prêmios, total ou parcialmente, mediante recolhimento sob a responsabilidade do Estipulante.

CLÁUSULA 18 – CÁLCULO DO PRÊMIO

- 18.1. O valor e a forma de cálculo do prêmio serão definidos na Apólice.
- 18.2. Sem prejuízo do disposto no item 18.1., poderão ser aplicáveis, conforme indicado nas demais condições e na apólice:
- 18.2.1. Prêmios adicionais para cobertura de eventos previstos nas exclusões mencionadas na CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS destas Condições Gerais ou nas exclusões das coberturas contratadas, desde que aceitos expressamente pela Seguradora.
- 18.2.2. Prêmios adicionais por risco agravado, desde que aceito, resultante de, por exemplo, doença ou incapacidade preexistente, ou por existirem fatores de risco presentes que possam condicionar ou agravar o estado de saúde do segurado ou a probabilidade de ocorrência de

acidente, tais como os resultantes de hábitos e modos de vida e os de ordem profissional, ocupacional ou desportiva.

18.3. Fazem parte do prêmio todos os encargos que incidam sobre o mesmo.

18.4. Os prêmios poderão ser recalculados anualmente em função das alterações ocorridas no grupo segurado. Não obstante, a Seguradora se reserva o direito de recalcular o prêmio a qualquer tempo, caso venha a ocorrer alteração significativa no grupo segurado ou no resultado da apólice, que possa influir na taxa do seguro.

Caso sejam apresentadas novas condições ao Estipulante, este disporá do prazo de 60 (sessenta) dias contados a partir de sua recepção, para recusá-las ou renegociá-las, presumindo-se a sua aceitação, no caso de ausência de manifestação de vontade, respeitado o disposto no item 14.4.

CLÁUSULA 19 - RECOLHIMENTO E PAGAMENTO DO PRÊMIO

19.1. O recolhimento dos prêmios devidos pelos Segurados será realizado pelo Estipulante ou quem este designar para tanto, respeitando-se as seguintes disposições:

19.1.1. O recolhimento dos prêmios devidos pelo Segurado será efetuado automaticamente por meio de faturas, débito automático em conta corrente, débito em folha de pagamento, cartão de crédito ou outros documentos de arrecadação que o Estipulante emita contra o Segurado que tenha aderido ao presente seguro.

19.1.2. O prêmio do seguro poderá ser pago à vista, mensalmente, ou parceladamente, mediante acordo entre as partes.

19.1.3. Nos seguros com cobrança do prêmio através de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado.

19.1.4. Constará explicitamente dos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos segurados, o prêmio do seguro, a seguradora responsável e obrigatoriamente, quando for o caso, as seguintes informações:

I – a falta de pagamento da primeira parcela implicará o cancelamento do seguro; e

II - a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderá implicar o cancelamento do contrato de seguro, nos termos da Cláusula de Recolhimento e Pagamento do Prêmio constante nas condições contratuais do seguro.

19.1.5. As coberturas deste seguro ficarão automaticamente suspensas se o prêmio não for recolhido ao Estipulante até a data estabelecida para pagamento da parcela única ou de cada parcela devida, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial e sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga, salvo nos casos de seguros com fracionamento de prêmio nos termos do item 19.4 destas Condições Gerais.

19.1.6. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, podendo o prêmio devido ser abatido da indenização.

19.1.7. O pagamento do seguro deverá ser sempre incluído no pagamento mínimo periódico exigido pelo Estipulante, não sendo passível de inclusão em créditos rotativos e outras formas de financiamento disponibilizadas pelo Estipulante ao Segurado, a menos que expressamente acordadas com o cliente e pagos nos prazos convencionados entre a Seguradora e o Estipulante.

19.2. Os prêmios recolhidos na forma acima serão pagos pelo Estipulante à Seguradora, respeitando-se, ainda, as seguintes disposições:

19.2.1. 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 em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão das coberturas;

19.2.2. Mensalmente, ou nos períodos indicados na apólice, com base nos seguros vigentes e prêmios devidos, a Seguradora encaminhará fatura de cobrança ao Estipulante onde constará o nome do mesmo, o valor do prêmio, a data de emissão do documento de cobrança, o número da apólice/endorso e a data limite para o pagamento;

- 19.2.3. A data limite para pagamento do prêmio à vista ou da 1ª parcela do fracionamento, se houver, não poderá ultrapassar o 30º dia da emissão da apólice, da fatura ou endossos dos quais resulte cobrança de prêmio.
- 19.3. A Seguradora informará ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante, sempre que solicitado.
- 19.4. Para efeito de cobertura nos seguros com fracionamento de prêmio, no caso do não pagamento de qualquer parcela subsequente à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, com base na seguinte tabela de prazo curto:

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total do seguro:	Fração a ser aplicada sobre a vigência original:	Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total do seguro:	Fração a ser aplicada sobre a vigência original:	Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total do seguro:	Fração a ser aplicada sobre a vigência original:
13	15/365	56	135/365	83	255/365
20	30/365	60	150/365	85	270/365
27	45/365	66	165/365	88	285/365
30	60/365	70	180/365	90	300/365
37	75/365	73	195/365	93	315/365
40	90/365	75	210/365	95	330/365
46	105/365	78	225/365	98	345/365
50	120/365	80	240/365	100	365/365

Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

- 19.4.1. Ocorrendo atraso, a Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante, por escrito, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos da tabela acima, e, mediante acordo da Seguradora, o Segurado poderá restabelecer o direito às coberturas contratadas, pelo período inicialmente acordado, desde que retome o pagamento do prêmio devido, dentro do prazo da tabela acima, atualizado monetariamente de acordo com a CLÁUSULA 7ª - ATUALIZAÇÃO DE VALORES, acrescido dos juros contratuais, respeitado o limite estabelecido na legislação vigente.
- 19.4.2. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no item anterior, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do seguro.
- 19.4.3. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, o contrato será automaticamente cancelado.
- 19.4.4. No caso de parcelamento do prêmio, além dos juros cobrados a título de Adicional de Fracionamento, nenhum valor poderá ser cobrado a título de custo administrativo de fracionamento, sendo facultado ao Segurado o pagamento antecipado de prêmios fracionados, com redução proporcional dos juros pactuados, se houver, mediante solicitação formal à Seguradora.
- 19.4.5. Nos sinistros de seguros com prêmios fracionados, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio, sejam da apólice ou de endossos, serão deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.
- 19.4.6. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.
- 19.4.7. Decorridos os prazos referidos nos itens anteriores sem que tenha sido quitada a ficha de compensação bancária ou documento com efeito similar de cobrança, o contrato ou aditivo a ele referente ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga, mesmo na hipótese de seguro contributivo.
- 19.5. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora e a ela devido; caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.
- Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

CLÁUSULA 20 - SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

- 20.1. Se o pagamento do prêmio não for efetivado até a data estabelecida, as coberturas deste seguro estarão suspensas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da referida data e, no caso de sinistro, o Segurado e seus Beneficiários perderão o direito às garantias do seguro.
- 20.2. As coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia em que o segurado retomar o pagamento do prêmio, desde que realizado dentro de prazo não superior a 60 (sessenta) dias contados a partir da data de vencimento do primeiro prêmio não pago. Não serão cobrados prêmios referentes ao período de suspensão, em que não houve cobertura.
- 20.3. Decorridos 60 dias da data de vencimento sem que o pagamento do prêmio tenha sido efetuado, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reabilitada.
- 20.4. A presente cláusula será aplicável exclusivamente quando o pagamento do prêmio for mensal. Para contratações com pagamento de prêmio fracionado, os critérios de cobertura são descritos no item 19.4 destas Condições Gerais.

CLÁUSULA 21 - PRESCRIÇÃO

Decorridos os prazos estabelecidos na legislação em vigor, opera-se a prescrição.

CLÁUSULA 22 - PRAZO DE VIGÊNCIA, ACEITAÇÃO E NORMAS DE RENOVAÇÃO

- 22.1. A apólice emitida em nome do Estipulante vigorará pelo prazo indicado na mesma e terá seu início e término às 24 (vinte e quatro) horas dos dias indicados para tal fim, sendo renovada automaticamente uma única vez, pelo mesmo prazo, ao fim do período de vigência, salvo se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice comunicar por escrito o desinteresse pela mesma. Adicionalmente, deverão ser obedecidos os seguintes critérios:
 - 22.1.1. A contratação ou alteração do contrato de seguro só poderá ser feita mediante proposta preenchida, datada e assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou, ainda, mediante expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e hora de seu recebimento.
 - 22.1.2. A adesão à apólice coletiva deverá ser realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais do seguro. Na proposta de adesão deverão ser estabelecidos os valores dos capitais segurados e do prêmio à vista, discriminados por cobertura e, quando for o caso, do prêmio total fracionado, de cada uma das parcelas, a taxa de juros remuneratórios pactuada, o número de parcelas, sua periodicidade e os juros de mora e/ou outros acréscimos legalmente previstos. A Seguradora deverá ter a comprovação da data de protocolo da proposta de cada proponente.
 - 22.1.3. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais à análise do risco, estando a aceitação do seguro sujeita à referida análise.
 - 22.1.4. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
 - 22.1.5. **Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.**
 - 22.1.6. Se a seguradora não tiver interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.
 - 22.1.7. Renovações posteriores à renovação automática deverão ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.

- 22.1.8. A Seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias para aceitação ou recusa da proposta, em caso de seguro novo, renovações não automáticas, endossos ou aditivos, contados da data de seu recebimento.
- 22.1.9. Poderão ser solicitados documentos complementares para análise do risco ou alteração da proposta, durante o prazo previsto (15 dias), mediante indicação dos fundamentos do pedido de novos elementos. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 22.1.10. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora quanto a não aceitação da proposta, no prazo de 15 (quinze) dias, caracterizará a aceitação tácita do seguro.
- 22.1.11. Em caso de aceitação da proposta de contratação sem pagamento de prêmio, observado o prazo máximo de 15 (quinze) dias, considerar-se-á, como início de vigência, a data indicada na proposta, ou, na falta desta e para as propostas recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, a data de recebimento da mesma pela Seguradora.
- 22.1.12. Caso a aceitação da proposta dependa da contratação da cobertura de resseguro facultativo, o prazo previsto no subitem 22.1.8 ficará suspenso, até que o ressegurador se manifeste formalmente. Ainda, dentro daquele prazo, a Seguradora informará, por escrito, ao proponente, ao seu representante legal ou ao corretor de seguros, sobre a inexistência de cobertura. Não haverá cobrança de prêmio, total ou parcial, até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta de contratação.
- 22.2. A vigência da cobertura individual será:
- 22.2.1. **Pela Lotação Oficial:** A partir do momento em que o passageiro ingressar no veículo, perdurando pelo trajeto percorrido, estendendo-se aos lugares de paradas intermediárias e de transbordo de passageiros, e terminando no momento em que o passageiro deixar definitivamente o veículo.
No caso de inclusão, exclusão ou substituição de veículos, o Estipulante deverá fazer o pedido por escrito à Seguradora, mencionando as características completas destes (marca, modelo, ano de fabricação, placa, chassi e lotação oficial) para que seja emitido aditivo à apólice.
A responsabilidade da Seguradora, no caso de inclusão ou substituição de veículos, terá início às 24 horas do dia seguinte ao do recebimento do pedido de inclusão ou substituição formulado, por escrito, pelo Estipulante.
- 22.2.2. **Por adesão facultativa:** A partir do momento em que o passageiro, após haver adquirido a passagem e aderido ao seguro, se encontrar no recinto da estação exclusivo para quem aguarda o embarque, perdurando pelo trajeto percorrido, estendendo-se aos lugares de paradas intermediárias e de transbordo de passageiros, e terminando no momento em que o passageiro deixar o local de desembarque da estação de destino.
- 22.3. Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto neste item aplica-se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.
- 22.4. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor à Seguradora para pagamento parcial ou total do prêmio, o valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa e será restituído no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela *pro rata temporis* correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

CLÁUSULA 23 - BENEFICIÁRIOS

Salvo estipulação expressa em contrário na apólice, a designação de Beneficiários da Apólice constará nos textos de cada cobertura contratada.

CLÁUSULA 24 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- 24.1. Além das previstas em outras cláusulas das condições contratuais deste seguro, são obrigações do Estipulante:
- 24.1.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas, incluindo dados cadastrais dos proponentes, nos prazos acordados.
 - 24.1.2. Manter a Seguradora informada, durante toda a vigência do seguro, a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente.
 - 24.1.3. Fornecer, ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
 - 24.1.4. Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida no subitem 19.5. da CLÁUSULA 19 - RECOLHIMENTO E PAGAMENTO DO PRÊMIO, quando a arrecadação deste for de sua responsabilidade.
 - 24.1.5. Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente.
 - 24.1.6. Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
 - 24.1.7. Informar a razão social da Seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações entregues ao Segurado e em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao seu, bem como o número do Processo SUSEP deste plano e o nome e percentual de participação no risco de cada Seguradora, no caso de co-seguro.
 - 24.1.8. Comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade.
 - 24.1.9. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros.
 - 24.1.10. Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado.
 - 24.1.11. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.
- 24.2. Nos seguros contributários, na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante, é obrigatório constar, do certificado individual e da proposta de adesão, o seu percentual e valor, devendo o segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.
- 24.3. Nos seguros contributários, é expressamente vedado ao Estipulante e ao Sub-Estipulante:
- 24.3.1. Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora.
 - 24.3.2. Rescindir o contrato sem a anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
 - 24.3.3. Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado.
 - 24.3.4. Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a esses produtos;
- 24.4. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a suspensão da cobertura e, na ocorrência de sinistro, determinará a responsabilidade do Estipulante pela retenção indevida dos prêmios recolhidos junto aos segurados, além de sujeitá-lo às cominações legais.

CLÁUSULA 25 - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda utilizadas por quaisquer das partes deste contrato, deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as condições deste plano de seguro.

CLÁUSULA 26 - FORO

Fica eleito o Foro do domicílio do Segurado ou beneficiário para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato de seguro. Na hipótese de inexistir relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de Foro diferente do domicílio do Segurado.

CLÁUSULA 27 – DISPOSIÇÕES FINAIS

- 27.1. O registro deste plano de seguro na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 27.2. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

**SEGURO ZURICH ACIDENTES PESSOAIS DE PASSAGEIROS
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR
ACIDENTE
(DMH)**

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas decorrentes de acidente pessoal coberto, efetuadas pelo Segurado para seu imediato tratamento.

CLAUSULA 2ª - RISCOS COBERTOS

- 2.1. Estão cobertas as despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, realizado sob orientação médica e iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias a partir da data de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do risco individual, incluindo o atendimento por especialistas, exames complementares, internações e cirurgias.
- 2.2. Cabe ao Segurado ou ao seu responsável legal a livre escolha dos prestadores de serviços médicos e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- 2.3. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes da CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro, estão, também, expressamente excluídas desta cobertura as despesas decorrentes:

- 3.1. **Da aquisição, instalação ou manutenção de aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;**
- 3.2. **Da prática pelo Segurado, mesmo que por indicação médica para auxiliar na recuperação de lesões decorrentes de acidente, de fisioterapia, natação, ginástica, musculação, hidroginástica, hidroterapia, RPG (Reeducação Postural Global), Holfing e Terapia Ocupacional;**
- 3.3. **Da utilização de aparelhos tensores ou estabilizadores de material sintético.**

CLÁUSULA 4ª - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Apólice e representa o limite máximo de reembolso pelo mesmo evento.
- 4.2. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente pessoal que provocou as despesas cobertas.
- 4.3. A comprovação das despesas médico-hospitalares e/ou odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação das contas originais das despesas e dos relatórios do médico responsável, sendo o reembolso efetuado até o limite estabelecido na Especificação da apólice.
- 4.4. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido e atualizadas monetariamente pela Seguradora de acordo com o constante na Apólice e na CLÁUSULA 7ª - ATUALIZAÇÃO DE VALORES das Condições Gerais, quando da liquidação do sinistro.
- 4.5. As indenizações objeto desta Cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice.
- 4.6. A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente.

CLÁUSULA 5ª - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 12 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura deverão ser apresentados os seguintes documentos:

Do Segurado:

- 5.1. Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- 5.2. Relatórios do médico assistente;
- 5.3. Comprovantes originais das despesas;
- 5.4. Cópias autenticadas dos documentos pessoais: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- 5.5. Tiquete ou passagem da viagem sinistrada;
- 5.6. Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;

Do Estipulante:

- 5.7. Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, do motorista do estipulante;
- 5.8. Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico do motorista, quando realizado.
- 5.9. Cópia autenticada do Certificado de Registro e Licenciamento do Veículo sinistrado.

CLÁUSULA 6ª - BENEFICIÁRIOS

O reembolso das despesas médico-hospitalares e odontológicas cobertas é devido ao Segurado, salvo expressa menção em contrário na apólice.

CLÁUSULA 7ª - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

- 7.1. A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado em consequência do respectivo evento coberto.
- 7.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as sociedades seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:
 - I – será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do segurado e limite máximo de indenização da cobertura;
 - II – será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o inciso I desta cláusula;
 - III – se a quantia a que se refere o inciso II desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada sociedade seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;
 - V – se a quantia a que se refere o inciso II for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada sociedade seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele inciso.

CLÁUSULA 8ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO ZURICH ACIDENTES PESSOAIS DE PASSAGEIROS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização ao Segurado caso venha a sofrer Invalidez Permanente Total, em consequência de acidente pessoal coberto.

CLAUSULA 2ª - RISCOS COBERTOS

Estão cobertas a perda ou a impotência funcional definitiva de pelo menos um dos conjuntos de membros ou órgãos descritos nos eventos de INVALIDEZ TOTAL da tabela abaixo, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura individual deste seguro, respeitados os demais termos e condições da apólice.

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

Esta cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 4ª - CAPITAL SEGURADO

- 4.7. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Apólice e representa o limite máximo de indenização devido pela Seguradora.
- 4.8. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente que provocou a invalidez permanente coberta.
- 4.9. Só serão indenizáveis os eventos descritos como INVALIDEZ TOTAL da tabela constante na CLÁUSULA 2ª desta cobertura, que determinam indenizações de 100% do respectivo capital segurado.

CLÁUSULA 5ª - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 12 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura deverão ser apresentados os seguintes documentos:

Do Segurado:

- a) Formulário DECLARAÇÃO CORRESPONDENTE À INVALIDEZ devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, na impossibilidade deste, por seu representante e pelo médico responsável, com a indicação do CRM e das características e grau da invalidez;
- b) Radiografias, relatórios e exames médicos recentes que comprovem a invalidez;
- c) Cópias autenticadas dos documentos pessoais: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- d) Tíquete ou passagem da viagem sinistrada;
- e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;

Do Estipulante:

- f) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação do motorista do Estipulante;
- g) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico do motorista, quando realizado;
- h) Cópia autenticada do Certificado de Registro e Licenciamento do Veículo sinistrado.

CLÁUSULA 6ª - BENEFICIÁRIOS

Salvo expressa menção em contrário na apólice, o Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

Na hipótese de indenização devida ao Segurado e de sinistro que lhe cause alienação mental total incurável, a indenização será paga ao Responsável Legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO ZURICH ACIDENTES PESSOAIS DE PASSAGEIROS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização ao Segurado caso venha a sofrer Invalidez Permanente Total ou Parcial, em consequência de acidente pessoal coberto.

CLAUSULA 2ª - RISCOS COBERTOS

Estão cobertas a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência da cobertura individual deste seguro, respeitados os demais termos e condições da apólice.

Esta cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 4ª - CAPITAL SEGURADO

- 4.10. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Apólice e representa o limite máximo de indenização devido pela Seguradora.
- 4.11. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente que provocou a invalidez permanente coberta.
- 4.12. No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
- 4.13. No caso de Invalidez Permanente por acidente pessoal coberto, a Seguradora indenizará o Segurado, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela seguinte, proporcionalmente ao Capital contratado para esta cobertura, desde que haja perda, redução ou impotência funcional total ou parcial, de membro ou órgão, e esteja definitivamente terminado o tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, observadas as demais condições contratuais.
- 4.4.1. Eventual grau de invalidez (percentagem relativa à perda ou redução da função de um membro ou órgão), já existente antes de acidente coberto, deverá ser declarado na proposta de adesão e será deduzido do grau de invalidez definitivo, apurado em consequência desse acidente coberto.

DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ	% sobre o Capital Segurado Individual	DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ	% sobre o Capital Segurado Individual
INVALIDEZ TOTAL		PARCIAL DIVERSAS	
Perda total da visão de ambos os olhos	100	Perda total da visão de um olho	30
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Perda total do uso de ambas as mãos	100	Surdez total incurável de um dos	20

		ouvidos	
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100	Mudez incurável	50
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Perda total do uso de ambos os pés	100	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Alienação mental total e incurável	100	Imobilidade do segmento tórculo-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES		PARCIAL MEMBROS INFERIORES	
Perda total do uso de um dos membros superiores	70	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60	Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50	Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Anquilose total de um dos ombros	25	Fratura não consolidada da rótula	20
Anquilose total de um dos cotovelos	25	Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos punhos	20	Anquilose total de um dos joelhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25	Anquilose total de um dos tornozelos	20
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18	Anquilose total de um quadril	20
Perda total do uso da falange distal do polegar	9	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	Amputação do primeiro dedo	10
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12	Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9	Perda total do uso de uma falange do primeiro dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	-
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-	Encurtamento de um dos membros inferiores	15
		* de 5 (cinco) centímetros ou mais	10
		* de 4 (quatro) centímetros	6
		* de 3 (três) centímetros	-
		* menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

4.4.2. Deverão ser observadas, ainda, as seguintes disposições:

4.4.2.1. Não ocorrendo a perda por completo das funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela acima para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25% proporcional à indenização que seria devida pela perda prevista na referida tabela.

4.4.2.2. Nos casos não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão, a ser apurada por perícia médica especializada, na forma do item 12.8 e seus subitens das Condições Gerais.

4.4.2.3. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital contratado. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à indenização prevista para sua perda total.

CLÁUSULA 5ª - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 12 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura deverão ser apresentados os seguintes documentos:

Do Segurado:

- i)** Formulário DECLARAÇÃO CORRESPONDENTE À INVALIDEZ devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, na impossibilidade deste, por seu representante e pelo médico responsável, com a indicação do CRM e das características e grau da invalidez;
- j)** Radiografias, relatórios e exames médicos recentes que comprovem a invalidez;
- k)** Cópias autenticadas dos documentos pessoais: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço
- l)** Tiquete ou passagem da viagem sinistrada;
- m)** Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;

Do Estipulante:

- n)** Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação do motorista do estipulante;
- o)** Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico do motorista, quando realizado;
- p)** Cópia autenticada do Certificado de Registro e Licenciamento do Veículo sinistrado.

CLÁUSULA 6ª - BENEFICIÁRIOS

Salvo expressa menção em contrário na apólice, o Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

Na hipótese de indenização devida ao Segurado e de sinistro que lhe cause alienação mental total incurável, a indenização será paga ao Responsável Legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO ZURICH ACIDENTES PESSOAIS DE PASSAGEIROS COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s) caso ocorra a morte do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 2ª – RISCOS COBERTOS

Está coberta a morte do Segurado decorrente de acidente pessoal, ocorrido durante a vigência da cobertura individual.

A Cobertura de Morte Acidental, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas 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, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUIDOS, das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 4ª - CAPITAL SEGURADO

- 4.14. O capital segurado desta cobertura será definido na Apólice e representa o limite máximo de indenização por Morte decorrente de acidente pessoal coberto devido pela Seguradora.
- 4.15. No caso de Morte por acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, a Seguradora pagará ao Beneficiário o capital segurado correspondente, descontando a indenização por Invalidez, se realizada, na forma da CLÁUSULA 8ª - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES das Condições Gerais.
- 4.16. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

CLÁUSULA 5ª - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 12 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- b)** Formulário AVISO DE SINISTRO POR MORTE, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- c)** Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- d)** Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- e)** Tíquete ou passagem da viagem sinistrada;
- f)** Documentos dos Beneficiários:
 - Todos: comprovante de endereço, número de telefone e código DDD;
 - Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;
 - Companheira(o): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento;
 - Filhos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento; e
 - Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF.
- g)** Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- h)** Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação do motorista do estipulante;
- i)** Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver; e

- j) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico do motorista, quando realizado.
- k) Cópia autenticada do Certificado de Registro e Licenciamento do Veículo sinistrado.

CLÁUSULA 6ª - BENEFICIÁRIOS

- 6.1. Os beneficiários do seguro para esta cobertura serão designados livremente pelo Segurado, na Proposta de Adesão, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;
- 6.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 6.3. Não pode ser instituída Beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado;
- 6.4. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o pagamento da indenização será feito por metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária;
- 6.5. Na falta das pessoas indicadas no item 6.4, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência;
- 6.6. Se o segurado indicar mais de um beneficiário e um deles vier a falecer antes do segurado, a parte que caberia ao beneficiário pré-morto reverterá em favor do(s) outro(s) beneficiário(s) indicado(s) na mesma proporção indicada pelo segurado para recebimento do capital segurado;
- 6.7. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO ZURICH ACIDENTES PESSOAIS DE PASSAGEIROS CLÁUSULA ESPECIAL DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, a presente cláusula tem por objetivo estabelecer a distribuição do excedente técnico da apólice, desde que tenham sido pagas todas as faturas do período de apuração e observadas as demais disposições contratuais.

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÕES

- 2.1. Considera-se como Excedente Técnico a diferença positiva entre as receitas e despesas, apurada de acordo com os critérios estabelecidos na CLÁUSULA 4ª abaixo.
- 2.2. O percentual de distribuição do Excedente Técnico será estabelecido no Contrato.
- 2.3. O termo IBNR abordado na alínea h) do item 4.2. se refere à provisão técnica obrigatória para as Seguradoras, de forma a garantir o pagamento dos sinistros ocorridos e ainda não avisados.

CLÁUSULA 3ª - PERÍODO E PRAZO DE APURAÇÃO

- 3.1. O Excedente Técnico será apurado a cada período de vigência previsto no contrato.
- 3.2. A apuração e distribuição serão realizadas até 60(sessenta) dias após o pagamento da última fatura correspondente ao término do período indicado no subitem anterior.

CLÁUSULA 4ª - CRITÉRIOS DA APURAÇÃO

- 4.1. Consideram-se como receitas:
 - a) Prêmios líquidos de competência correspondentes à vigência decorrida durante o período de apuração do resultado, tomando-se como base as vigências das faturas de seguro efetivamente pagas;
 - b) Estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
- 4.2. Consideram-se como despesas:
 - a) As comissões de corretagem pagas durante o período;
 - b) As comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
 - c) As comissões de agenciamento pagas durante o período;
 - d) O valor total dos sinistros ocorridos até o último dia do período de apuração e avisados em qualquer época, inclusive despesas advocatícias e médicas de regulação, ainda não considerados em apurações anteriores, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
 - e) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
 - f) As despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante-;
 - g) Impostos diretos sobre a emissão, PIS e COFINS, apurados de acordo com a legislação vigente. Outros impostos, incidentes sobre a emissão, que vierem a ser criados e estejam vigentes no período, serão incluídos na apuração;
 - h) Percentual sobre o total dos sinistros computados na apuração, a título de IBNR, para suportar os sinistros ocorridos e ainda não avisados à Seguradora, conforme indicado no Contrato.
 - i) Outras despesas que sejam previamente acordadas.
- 4.3. As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente pelo IPCA-IBGE, a partir:
 - a) Do respectivo pagamento para prêmios e comissões;
 - b) Do aviso à Seguradora para os sinistros;
 - c) Da respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
 - d) Do efetivo pagamento, para outras despesas.

- 4.4. O resultado apurado de Excedente Técnico será atualizado monetariamente pelo IPCA-IBGE, desde o término do período de apuração até sua distribuição.

CLÁUSULA 5ª - CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO

Para a distribuição do Excedente Técnico serão observadas as seguintes condições:

- 5.1. Nos seguros não contributários a devolução caberá integralmente ao Estipulante.
- 5.2. Nos seguros contributários, a distribuição será destinada ao Segurado, integralmente ou parcialmente proporcional à sua contribuição no prêmio do seguro.
- 5.3. Em substituição aos itens 5.1. e 5.2., o Excedente Técnico poderá ainda ser revertido em quitação de faturas subsequentes, quando a apólice for renovada e mediante expressa solicitação.