

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

VERSÃO 1

Condições Gerais

CNPJ 54.484.753/0001-49
Processo SUSEP nº 10.005289/99-84

ÍNDICE

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	7
2. DEFINIÇÕES.....	7
3. COBERTURAS DO SEGURO	10
4. RISCOS EXCLUÍDOS	14
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	16
6. INCLUSÃO DO SEGURADO	16
7. CARÊNCIA.....	16
8. FRANQUIA.....	16
9. ACEITAÇÃO DO SEGURO	16
10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	17
11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	17
12. CAPITAIS SEGURADOS	17
13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	18
14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	18
15. PAGAMENTO DO PRÊMIO	19
16. REAVALIAÇÃO DE TAXA.....	20
17. REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	20
18. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO	20
19. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO	20
20. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	20
21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	21
22. PERDA DE DIREITOS	22
23. BENEFICIÁRIOS.....	23
24. SUB-ROGAÇÃO.....	24
25. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	24
26. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA.....	25
27. DISPOSIÇÕES FINAIS	25
28. FORO	26
TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE.....	27

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS.....	32
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	32
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	32
3. ELEGIBILIDADE.....	32
4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA.....	32
5. PRÊMIO.....	33
6. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL.....	33
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	33
8. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE.....	34
9. DISPOSIÇÃO FINAL.....	34
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	35
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	35
2. DEFINIÇÕES.....	35
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	36
4. ELEGIBILIDADE.....	36
5. CAPITAL SEGURADO.....	36
6. PRÊMIO.....	37
7. CARÊNCIA.....	37
8. FRANQUIA.....	37
9. LIMITE DE DIÁRIAS.....	37
10. PERÍCIA MÉDICA.....	37
11. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA.....	37
12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	37
13. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE.....	40
14. DISPOSIÇÃO FINAL.....	40
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA.....	41
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	41
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	41
3. ELEGIBILIDADE.....	42

4. CAPITAL SEGURADO	42
5. PRÊMIO	42
6. CARÊNCIA.....	42
7. FRANQUIA.....	43
8. LIMITE DE DIÁRIAS.....	43
9. PERÍCIA MÉDICA.....	43
10. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA.....	43
11. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL.....	43
12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	43
13. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE.....	45
14. DISPOSIÇÃO FINAL	45
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE	46
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	46
2. CONCEITO.....	46
3. INCLUSÃO NO SEGURO	46
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	46
5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE.....	46
6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE	47
7. CAPITAL SEGURADO	47
8. PRÊMIO	47
9. BENEFICIÁRIO	47
10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR.....	47
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	48
12. DISPOSIÇÃO FINAL	48
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS	49
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	49
2. CONCEITO.....	49
3. INCLUSÃO NO SEGURO	49
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	49
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	50

6. TÉRMINO DO SEGURO DO(S) FILHO(S)	50
7. CAPITAL SEGURADO	50
8. PRÊMIO	50
9. BENEFICIÁRIO	50
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	50
11. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR	50
12. DISPOSIÇÃO FINAL	51
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE	
1. OBJETIVO DO SEGURO	52
2. CONCEITO	52
3. INCLUSÃO NO SEGURO	52
4. RISCOS EXCLUÍDOS	52
5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE	52
6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE	53
7. CAPITAL SEGURADO	53
8. PRÊMIO	53
9. BENEFICIÁRIO	53
10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR	53
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	54
12. DISPOSIÇÃO FINAL	54
REGULAMENTO DO DEFENSOR DO SEGURADO	
ARTIGO 1º – DA CONSTITUIÇÃO	55
ARTIGO 2º – DA COMPETÊNCIA	55
ARTIGO 3º – DAS ALÇADAS	55
ARTIGO 4º – SOBRE O DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS	56
ARTIGO 5º – DO MANDATO	56
ARTIGO 6º – DO FUNCIONAMENTO	57
ARTIGO 7º – DAS OBRIGAÇÕES DAS EMPRESAS	58
ARTIGO 8º – DOS RECURSOS PARA O DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS	59

Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso ocorra algum dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas pelo estipulante e indicada na proposta contratação, de adesão, nas condições contratuais e no certificado individual, desde que o evento não se enquadre como “riscos excluídos” ou “não cobertos” pela legislação vigente.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente Pessoal:** evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado.

2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:

- a) o suicídio, ou sua tentativa, o qual, para fins de indenização, será equiparado a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais de origem traumática da coluna vertebral causadas exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas.

2.1.2. Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, pandemias ou epidemias, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação

de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de “invalidez por acidente pessoal”.

- 2.2. **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.
- 2.3. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência do sinistro coberto.
- 2.4. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.
- 2.5. **Carência:** período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 2.6. **Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela 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, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.
- 2.7. **Cobertura:** compromisso da seguradora no pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.
- 2.8. **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.9. **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

- 2.10. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e, quando couber, do estipulante.
- 2.11. Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).
- 2.12. Doença ou Deficiência Preexistente:** toda debilidade, congênita, adquirida ou decorrente de acidente, que comprometa a função orgânica, ou motora ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta, quer por suas conseqüências indiretas, existentes anteriormente à contratação do seguro, da qual ele tenha conhecimento, e que não seja informada no momento da contratação, de acordo com o declarado na proposta de adesão.
- 2.13. Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador, quando não participar do custeio.
- 2.14. Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado.
- 2.15. Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice, em determinado período.
- 2.16. Franquia:** período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.
- 2.17. Garantias:** as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.
- 2.18. Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.19. Grupo Segurável:** totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.20. Indenização:** pagamento em dinheiro efetuado pela seguradora ao segurado ou ao seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada(s).
- 2.21. Início de Vigência:** a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão cobertas pela seguradora.

- 2.22. Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, sobre as condições físicas e de saúde do proponente.
- 2.23. Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.24. Período de Vigência:** período durante o qual o segurado fará jus às coberturas contratadas.
- 2.25. Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos feito(s) pelo(s) segurado(s), destinados ao custeio do seguro.
- 2.26. Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os percentuais ou valores de carregamento e os impostos.
- 2.27. Proponente:** o interessado em contratar a(s) cobertura(s), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.28. Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente pessoa física manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.
- 2.29. Riscos Excluídos:** os riscos, previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.
- 2.30. Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.31. Seguradora:** a MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A., companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no País, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas nos termos das condições contratuais.
- 2.32. Seguro Contributivo:** aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcialmente para o estipulante, e este o repassa à seguradora.
- 2.33. Seguro Não Contributivo:** aquele em que o estipulante paga a totalidade do prêmio à seguradora.
- 2.34. Sinistro:** ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. COBERTURAS BÁSICAS

Estas coberturas poderão ser contratadas separadamente.

3.1.1. MORTE ACIDENTAL

3.1.1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na respectiva proposta de adesão em caso de falecimento do

segurado durante a vigência do seguro em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

3.1.1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada.

3.1.2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

3.1.2.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, caso venha a ficar total ou parcialmente inválido, em caráter permanente, em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

3.1.2.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada.

3.1.2.3. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ

3.1.2.3.1. O pagamento de qualquer indenização por Invalidez Permanente por Acidente, seja total ou parcial, estará condicionado à constatação de Invalidez Permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de Invalidez Permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.

3.1.2.3.2. No caso de Invalidez Parcial por Acidente, não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o valor da indenização por perda parcial será calculado pela aplicação, para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado da porcentagem prevista na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais.

3.1.2.3.3. Na falta de indicação do percentual de redução, sendo o grau classificado como máximo, médio ou mínimo, a indenização proporcional será calculada com base nos índices 75 (setenta e cinco), 50 (cinquenta) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente, aplicados sobre a mesma Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais.

3.1.2.3.4. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez em mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se os percentuais

estabelecidos para cada um, conforme Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais, sendo que o total da indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado para Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

3.1.2.3.5. Havendo duas ou mais lesões parciais em um mesmo membro ou órgão, o somatório das indenizações não poderá exceder o total previsto na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais, caso houvesse a perda completa desse membro.

3.1.2.3.6. A perda ou redução maior da função de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dará direito a reclamações, salvo quando declarada previamente na proposta de adesão, caso em que se reduzirá do grau de definitiva a invalidez preexistente no cálculo da indenização.

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

3.1.2.3.8. Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais, a indenização será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

3.1.2.3.9. A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente.

3.1.2.3.10. Quaisquer divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como as avaliações da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

3.1.2.4. INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA

3.1.2.4.1. Mediante o pagamento do prêmio adicional correspondente, a porcentagem para o cálculo da indenização será elevada para 100% (cem por cento) no caso de acidente coberto, para os seguintes órgãos:

- Perda total do uso de um dos dedos indicadores;
- Perda total do uso de um dos polegares;

- Perda de um olho; e
- Perda total do uso de uma das mãos.
- No caso de lesões múltiplas previstas ou não nesta cláusula, a indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado da cobertura de invalidez permanente. O segurado se obriga, em caso de acidente coberto por estas apólices e sob pena de perder o direito a qualquer indenização, a submeter-se a exame médico por profissional indicado pela seguradora, desde que tal medida seja considerada necessária.

3.1.2.4.2. As coberturas previstas nesta cláusula somente serão aplicadas aos seguintes profissionais: médicos, dentistas, advogados, músicos, artistas plásticos, escritores, fisioterapeutas, arquitetos, desenhistas técnicos e comerciais, engenheiros. No caso de não comprovação do exercício de tais profissões esta cláusula será considerada sem efeito, prevalecendo os percentuais originais da Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais, para cálculo de Indenização Permanente Parcial.

3.1.3. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

3.1.3.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, caso venha a se tornar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

3.1.3.2. Para efeito deste seguro, entende-se como “Invalidez Permanente Total”, os acidentes que resultem em:

- perda total da visão de ambos os olhos;
- perda total do uso de ambos os braços;
- perda total do uso de ambas as pernas;
- perda total do uso de ambas as mãos;
- perda total do uso de um braço e uma perna;
- perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;
- perda total do uso de ambos os pés;
- alienação mental total e incurável; e
- nefrectomia bilateral.

3.1.3.3. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente, estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez

permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.

3.1.3.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada.

3.2. COBERTURAS ADICIONAIS

3.2.1. Este seguro pode contemplar coberturas adicionais, que terão condições especiais e serão mencionadas no certificado individual, se contratadas.

3.3. COBERTURAS SUPLEMENTARES

3.3.1. Este seguro pode contemplar coberturas suplementares, que terão condições especiais e serão mencionadas no certificado individual, se contratadas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estarão excluídos da Cobertura de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente Total por Acidente do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) acidentes médicos;**
- c) tratamento de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;**
- d) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem;**
- e) qualquer tipo de hérnia e suas consequências;**
- f) parto ou aborto e suas consequências;**
- g) perturbações mentais, nervosas e emocionais;**
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos;**
- i) envenenamentos por absorção de substância tóxica, exceto escapamento de gases e vapores;**
- j) alterações mentais conseqüentes da ação do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas, de forma direta ou indireta;**
- k) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**

- l) suicídio ou a tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual;
- m) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, conforme previsto no Código Civil vigente;
- n) choque anafilático e suas conseqüências;
- o) atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se forem resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
- p) viagens em aeronaves ou embarcações:
 - que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para vôo ou navegação;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.
- q) epidemias e pandemias oficialmente declaradas, incluindo a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas.

4.2. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estarão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente Total por Acidente do seguro os eventos ocorridos em conseqüência de:

- a) perda de dentes e os danos estéticos;
- b) os eventos ocorridos em conseqüência de qualquer perda, redução, impotência permanente total ou parcial de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.

4.2.1. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de Invalidez Total ou Parcial por Acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

4.3. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. INCLUSÃO DO SEGURADO

- 6.1. A inclusão do(s) segurado(s) na apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo exigido para análise de aceitação o preenchimento de proposta de adesão, bem como uma declaração pessoal ou prova de saúde e/ou atividades, podendo ser compulsória ou facultativa.

7. CARÊNCIA

- 7.1. Além da carência legalmente prevista de 2 (dois) anos para o suicídio, será aplicada uma carência de no mínimo 30 (trinta) dias, contados da data de início de vigência do respectivo risco individual, exceto para os casos de acidente.

8. FRANQUIA

- 8.1. Será aplicada uma franquia de no mínimo 15 (quinze) dias a contar da data da ocorrência do evento coberto, para a cobertura de Incapacidade Física Temporária.

9. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 9.1. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão e a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
- 9.2. O pagamento do seguro não caracterizará a aceitação automática da proposta de adesão. Quando a seguradora receber a proposta de adesão com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual avaliará o risco do seguro.
- 9.2.1. A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.**
- 9.2.2. Havendo motivos para recusa, a seguradora devolverá o valor do prêmio antecipado. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), pro rata temporis, correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição, que não poderá ser superior a 10 (dez) dias da data da recusa.**
- 9.3. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão do seguro, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.

- 9.4.** Se a seguradora recusar a proposta de adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada a seu domicílio ou por intermédio do corretor ou agente captador do seguro, informando os motivos da não aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento valerá como data de recusa da proposta de adesão.
- 9.5.** A cada segurado aceito no seguro será enviado um certificado individual.

10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 10.1.** A vigência da cobertura individual terá início às 24 (vinte quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, desde que tenha sido aceita e vigorará pelo prazo determinado na proposta de adesão, mediante pagamento único ou pagamentos consecutivos e ininterruptos dos prêmios do seguro.
- 10.2.** O seguro terá vigência pelo período em que a apólice estiver em vigor, ou seja, até sua data de término de vigência, caso esta não seja renovada ou cancelada conforme previsto nas condições contratuais.

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 11.1.** A vigência da apólice será conforme estabelecido nas condições contratuais, sendo renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a seguradora, o estipulante ou segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias da data de renovação, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.
- 11.2.** A renovação da apólice para os demais períodos de vigência não se dará de forma automática, devendo ser expressa entre as partes.
- 11.3.** Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para o(s) segurado(s) ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 11.4.** Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar os segurados e o estipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.
- 11.5.** Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).

12. CAPITAIS SEGURADOS

- 12.1.** Os limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes.

13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 13.1.** Poderá ser efetuado o aumento espontâneo dos capitais segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de capital segurado individual vigente. Se aceitos pela seguradora, os novos capitais segurados terão início de vigência no primeiro dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento espontâneo de capital, poderá ser exigido do segurado o preenchimento de uma nova proposta de adesão, iniciando-se nova carência de 2 (dois) anos para o valor aumentado, para a hipótese de suicídio.
- 13.2.** **Para os segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento espontâneo dos respectivos capitais segurados. Nestes casos, os capitais segurados serão atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou qualquer outro índice que por disposição legal venha a substituí-lo.**
- 13.3.** O estipulante fica ciente que, para o aumento espontâneo do capital segurado, o segurado deverá estar em boas condições de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do capital segurado não declarada na proposta de adesão, o pagamento da indenização prevista para a garantia de morte será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios ao estipulante e/ou segurado.

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 14.1.** Os capitais segurados e os prêmios deverão ser atualizados monetariamente ou segundo a variação do salário/provento, ou segundo outros fatores objetivos conforme critério constante no contrato do seguro para fixação da escala de capitais.
- 14.2.** As atualizações de capitais segurados se aplicarão a todos os segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para componentes ativos.
- 14.3.** Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente em cada aniversário da apólice pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses anteriores ao aniversário do certificado individual.
- 14.4.** Para os seguros de prazo inferior a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 15.1.** O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual ou fracionada, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais.
- 15.1.1.** A data-limite para pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.
- 15.1.2.** Quando a data de vencimento coincidir com um dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia subsequente em que houver expediente bancário.
- 15.2.** Qualquer indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver sido realizado pelo segurado ou estipulante, o que deve ser feito no máximo até a data-limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.
- 15.3.** Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado se for realizado ainda naquele prazo.
- 15.4.** Caso haja falta de pagamento do prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto nos itens 19 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO e 20 – CANCELAMENTO DO SEGURO, destas condições gerais.
- 15.4.1.** Entretanto, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o estipulante deixar de recolher junto à seguradora e no prazo devido os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, e ficando o estipulante sujeito à cominações legais previstas na legislação vigente.
- 15.4.2.** O estipulante fica terminantemente proibido de recolher do(s) segurado(s), a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, ficará o estipulante obrigado a destacar no documento de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada segurado.
- 15.5.** Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto no item 16 – REAVALIAÇÃO DE TAXA, destas condições gerais ou em caso de mudança de faixa etária, caso previsto no contrato.
- 15.6.** Os prêmios sofrerão alteração anualmente de acordo com a mudança etária do segurado, conforme previsto em legislação vigente, caso previsto no contrato.

16. REAVALIAÇÃO DE TAXA

16.1. Na ocasião da renovação, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme legislação vigente.

17. REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

17.1. Poderá ser adotado o reenquadramento por faixa etária, de acordo com a condição do contrato.

18. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

18.1. A cobertura individual de cada segurado cessará:

- com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- quando o segurado solicitar por escrito à seguradora sua exclusão da apólice;
- quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio; e
- quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago.

19. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

19.1. Na falta de pagamento de 1 (uma) fatura/parcela a cobertura será suspensa. Os sinistros ocorridos no período de suspensão não terão cobertura.

19.2. A reabilitação do seguro se dará a partir do pagamento da próxima fatura/parcela.

19.3. Na falta de pagamento de 2 (duas) faturas/parcelas, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência ou renovação, o seguro será automaticamente cancelado.

20. CANCELAMENTO DO SEGURO

20.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido no item 19 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO, sem que tenha(m) sido quitada(s) a(s) respectiva(s) parcela(s) do prêmio, o seguro 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.

20.2. Havendo o desejo por parte do segurado de cancelar o seguro, este deverá encaminhar à seguradora solicitação de próprio punho devidamente assinada. O seguro será cancelado após o último dia do período de vigência correspondente à última parcela do prêmio pago.

20.3. No caso de morte do segurado, o seguro será extinto automaticamente na data do evento coberto.

20.4. A apólice poderá ser cancelada:

- por solicitação escrita do estipulante ou da seguradora, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do vencimento anual do seguro;
- se o estipulante não aceitar as condições de reavaliação propostas pela seguradora para a manutenção do seguro.

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

21.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.

21.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

21.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

21.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

21.4. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

21.5. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

21.5.1. Em caso de Morte Acidental:

- comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada);
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
- cópia do Registro de Empregado e Comprovante de Pagamento do Salário do mês do Óbito;
- cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário;
- Certidão de Casamento (atualizada no caso de sinistro do cônjuge);
- Boletim de Ocorrência Policial;
- CNH, se for acidente de trânsito (e quando a vítima for o motorista);
- Laudo Necroscópico do IML.

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

- comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- cópia do Boletim de Ocorrência ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho);
- exame de corpo de delito, quando indicado;
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
- cópia do Registro de Empregado;
- comprovante de Pagamento do Salário referente ao último mês em atividade;
- cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
- no caso de Invalidez Total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS;
- relatório médico contendo as seqüelas definitivas, discriminadas em grau porcentual.

21.6. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

21.7. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

21.8. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

21.9. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

22. PERDA DE DIREITOS

22.1. O segurado e seu(s) beneficiário(s) perderão o direito a qualquer indenização, bem como terão o seguro cancelado, nos seguintes casos:

- inexatidão ou omissão nas declarações da proposta de adesão, que possam influir ou ter influenciado na aceitação ou taxação do seguro;
 - não-cumprimento das obrigações definidas nestas condições gerais;
 - utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas conseqüências para obter ou aumentar a indenização;
 - fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
 - tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto;
 - solicitação de exclusão do seguro feita pelo segurado ou pelo estipulante; e
 - dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguros por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) beneficiário(s) para obter ou majorar seu capital segurado.
- 22.2. O(s) segurado(s) está(rão) obrigado(s) a comunicar à seguradora, logo que souber(em), qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou(aram) de má-fé.**
- 22.2.1. Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração.**
- 22.3. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.**
- 22.4. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.**

23. BENEFICIÁRIOS

- 23.1. A indicação do(s) beneficiário(s) deverá ser clara e precisa, sendo de livre escolha do segurado e devendo constar na proposta de adesão preenchida pelo mesmo, observando-se as limitações previstas no Código Civil vigente.**
- 23.2. O(s) beneficiário(s) poderá(ão) ser alterado(s) a qualquer momento pelo segurado, bastando o encaminhamento à seguradora do formulário Informe de Alteração de Nome/Beneficiários, devidamente preenchido e assinado.**

A alteração de beneficiário só terá validade a partir do recebimento desse formulário pela seguradora, confirmada pelo relógio-dador.

23.3. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, será ilícita a substituição do(s) beneficiário(s) por ato entre vivos ou de última vontade.

23.3.1. Quando a seguradora não for informada oportunamente da substituição, ficará desobrigada pagando o capital segurado ao(s) antigo(s) beneficiário(s).

23.4. **A pessoa que for legalmente inibida de receber doação do segurado não poderá ser instituída como seu beneficiário.**

23.5. O beneficiário do(s) cônjuge(s) e filho(s) será sempre o segurado.

23.6. Caso não seja(m) indicado(s) o(s) beneficiário(s) na proposta de adesão, o capital segurado será pago conforme os princípios estabelecidos no Código Civil vigente.

23.7. Será válida a instituição do(a) companheiro(a) como beneficiário(a) se, no momento da contratação, o segurado se encontrava separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

24. SUB-ROGAÇÃO

24.1. No seguro de pessoas, o segurador não pode se sub-rogar nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário contra o causador do sinistro, conforme estabelecido no Código Civil vigente.

25. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

25.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades do estipulante:

a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para inclusão mensal de segurados e conseqüente emissão de faturas, se couber;

b) manter a seguradora informada a respeito do segurado, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido nesta apólice;

c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo artigo 7º da Resolução CNSP 107/04;

e) pagar no banco credenciado, o valor total dos prêmios, se couber;

f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice;

- g) discriminar o nome da seguradora, nos documentos e comunicações referentes ao seguro objeto desta contratação, desde que previamente aprovados pela seguradora;
- h) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa;
- i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a regulação de sinistros;
- j) comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considerarem irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
- l) cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

26. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

- 26.1.** Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades da seguradora:
- a) pagar os sinistros a que fizer jus o segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que esta julgar necessário para complementação do processo, passando, a partir de sua entrega, a contar novo prazo para regulação do sinistro;
 - b) informar por escrito ao segurado, a ocorrência do não pagamento da fatura por parte do estipulante, se couber;
 - c) emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo estipulante, se couber;
 - d) cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

27. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 27.1.** Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 27.2.** Qualquer modificação da apólice em vigor, que traga prejuízos ou novos ônus aos segurados, não previsto nestas condições gerais, dependerá da anuência expressa dos segurados que representem $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 27.3.** Neste seguro não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados.
- 27.4.** O registro destas condições gerais na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

-
- 27.5. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**
- 27.6. Este seguro será 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.**
- 27.7. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.**
- 27.8. A propaganda e a promoção do seguro por parte do estipulante e/ou corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas as condições contratuais da apólice e as normas do seguro, ficando a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.**
- 27.9. Os casos não previstos na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais serão pagos com base em literatura mundial.**

28. FORO

- 28.1. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado para ações fundadas em direitos ou obrigações decorrentes deste seguro.**

MAPFRE VERA CRUZ VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE 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
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES	%
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25

Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo.	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES	%
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1° (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1° (primeiro) dedo, equivalente 1/2 (metade), e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 (um terço) do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- Menos de 3 (três) centímetros	sem indenização

DIVERSAS	%
MANDÍBULA	
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	
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	7
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	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
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	15
- mais de 50% (cinquenta por cento)	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	8
Perda total das duas orelhas	16

ARTICULAÇÕES (ANQUILOSES)	
Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25 (vinte e cinco), 50 (cinquenta) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MEMBROS	
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
Perda do braço	15
APARELHO URINÁRIO	
Perda de um rim	
Função renal preservada	15
Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50
Insuficiência renal	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática	sem indenização
SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	2
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30

Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOME (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)	
Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial sem transtorno funcional	5
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	7

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1.** Garante o reembolso ao segurado, até o limite do capital segurado contratado, no caso de acidente coberto, durante a vigência do seguro, em decorrência direta e exclusiva de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.
- 1.2.** A seguradora indenizará as despesas médicas, hospitalares e odontológicas incorridas, a critérios médicos, necessários para o restabelecimento do segurado, observados o limite máximo de indenização indicado no certificado individual.
- 1.3.** Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- 1.4.** A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1.** Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO):
 - a)** estado de convalescença (após alta médica);
 - b)** despesas de acompanhantes; e
 - c)** aparelhos que se referem a órtese de qualquer natureza e prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

3. ELEGIBILIDADE

- 3.1.** Serão elegíveis para esta cobertura todas as pessoas físicas que possuírem vínculo com o estipulante, e que se encontrarem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 4.1.** O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições contratuais deste seguro.

5. PRÊMIO

5.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

6. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

6.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultaneamente e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do estipulante do seguro, ou a critério da seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) segurado(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta, telegrama ou fax, e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.

7.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

7.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

7.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

7.4. O valor a ser reembolsado ao(s) segurado(s) estará limitado ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

7.5. A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá se feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

7.6. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda, da data do efetivo pagamento efetuado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pela seguradora, quando da liquidação do sinistro.

- 7.7. Cabe ao segurado livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados. Não obstante, poderá a seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços, colocando-os à livre disposição do segurado.**
- 7.8. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicá-lo o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contado da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.**
- 7.9. Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 7.10. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.**
- 7.11. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.**

8. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

- 8.1. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.**

9. DISPOSIÇÃO FINAL

- 9.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais da apólice.**

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante ao segurado, o pagamento de uma importância segurada contratada por dia de internação hospitalar comprovada em estabelecimento hospitalar de sua livre escolha, somente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, decorrentes de acidente ao próprio segurado, observadas as restrições legais e contratuais.

2. DEFINIÇÕES

Além das definições constantes nas condições gerais, deverão ser consideradas estas para fim desta cobertura:

- 2.1. **Hospital:** é o estabelecimento legalmente autorizado para funcionar como tal e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) médico e 1(um) enfermeiro diplomado, possuindo serviço de enfermagem, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas do dia. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:
- qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de hospital acima;
 - Instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
 - clínica ou locais de acomodações e/ou tratamento para recuperação de viciados em álcool ou drogas;
 - instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécie; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou “spas”;
 - “Home Care” (internação domiciliar).
- 2.2. **Internação Hospitalar:** período de permanência do segurado na instituição hospitalar legalmente habilitada por determinações médicas, resultantes de acidente pessoal ocorrido com o mesmo.
- 2.3. **Tratamentos Cirúrgicos:** aqueles decorrentes de sinistros que exigem ato cirúrgico em regime de internação hospitalar.
- 2.4. **Tratamentos Clínicos:** aqueles decorrentes de sinistros que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicar em ato cirúrgico.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Diária por Internação Hospitalar (DIH):**
- a) gravidez e suas conseqüências;**
 - b) internação hospitalar decorrente de patologias classificadas como transtornos mentais e comportamentais;**
 - c) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
 - d) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro, e salvo aquelas reparadoras de lesões decorrentes do tratamento cirúrgico de neoplasias;**
 - e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão do evento ocorrido na vigência do seguro;**
 - f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;**
 - g) tratamento por rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas conseqüências;**
 - h) internação com duração menor do que 2 (duas) diárias; e**
 - i) internação hospitalar decorrente do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes.**

4. ELEGIBILIDADE

- 4.1. Serão elegíveis para esta cobertura todas as pessoas físicas que possuírem qualquer vínculo com o estipulante e que se encontrarem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.**

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado corresponderá à quantidade máxima de dias contratada, multiplicada pelo valor da diária.**
- 5.2. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.**

6. PRÊMIO

6.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

7. CARÊNCIA

7.1. Não será aplicada para os eventos cobertos por esta cobertura.

8. FRANQUIA

8.1. A cobertura desta condição está sujeita a franquia de 2 (dois) dias, ou seja, somente estarão cobertas pelo seguro as internações hospitalares efetivadas a partir, inclusive, do terceiro dia da respectiva internação hospitalar.

9. LIMITE DE DIÁRIAS

9.1. É a quantidade máxima de diárias a que o segurado fará jus, correspondente a até 365 (trezentos e sessenta e cinco).

10. PERÍCIA MÉDICA

10.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

10.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

11. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

11.1. As divergências de natureza médica sobre as causas do evento relacionadas a esta garantia serão dirimidas por uma junta médica constituída de 3 (três) médicos nomeados um pelo segurado, um pela seguradora e o terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelos nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

11.2. Havendo divergências sobre a escolha do médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

12.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) segurado(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.

- 12.2.** As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) segurado(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 12.3.** A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 12.3.1.** Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.
- 12.4.** O valor a ser indenizado ao(s) segurado(s) será igual ao valor da diária vezes o número de dias de afastamento, respeitados os períodos de carência e franquia.
- 12.5. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:**
- relatório do procedimento de internação com a descrição do tratamento, prognóstico e alta médica definitiva;
 - Aviso de Sinistro preenchido pelo médico-assistente, responsável e/ou alguém por ele indicado, contendo a descrição do evento, datado e assinado pelo segurado;
 - prontuário médico comprovando a internação hospitalar;
 - todos os exames realizados; e
 - cópia autenticada do CPF e RG/RNE do segurado.
- 12.6.** Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicá-lo o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.
- 12.7.** Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 12.8.** O seguro dará cobertura se o segurado, ou alguém por ele indicado, comunicar a internação previamente à seguradora através de exames e relatórios do seu

médico-assistente, a qual deverá ser por ele assinada, indicando a data e o motivo da internação, o tempo de existência da doença, dados clínicos que justifiquem o procedimento e o nome do hospital ou clínica onde será realizada a internação.

- 12.9.** Em qualquer caso, quando a comunicação da internação não obedecer à previsão de prazo dos itens precedentes, a seguradora poderá exigir do médico-assistente e da instituição hospitalar documentação complementar que caracterize, suficientemente, a internação.
- 12.10.** Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.
- 12.11.** As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.
- 12.12.** Quando a internação hospitalar superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo responsável ou alguém por ele indicado a cada 15 (quinze) dias.
- 12.13.** De posse do relatório médico atualizado, a seguradora efetuará o pagamento das diárias por internação hospitalar, de acordo com o valor contratado na proposta de adesão, correspondentes ao período em que o segurado esteve internado, a contar do último pagamento efetuado pela seguradora até a alta médica ou a utilização do limite de diárias.
- 12.14.** Quando o período de internação hospitalar não superar os 30 (trinta) dias, a seguradora providenciará um único pagamento correspondente ao período em que o segurado permaneceu internado.
- 12.15.** A seguradora efetuará o pagamento das diárias a que o segurado tiver direito de acordo com o período de internação hospitalar, desde que sejam justificadas por relatório médico e exames complementares, ou por auditoria médica.
- 12.16.** **Em caso de morte do segurado, cessará o direito ao pagamento de diárias, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu internado serão indenizadas ao(s) seu(s) beneficiário(s) nos moldes da legislação sucessória em vigor.**

13. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

13.1. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.

14. DISPOSIÇÃO FINAL

14.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais da apólice.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1.** Garante ao segurado o pagamento das diárias a que tiver direito, se sua incapacidade, decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto, perdurar além do 15º (décimo quinto) dia contado a partir do fato gerador da incapacidade.
- 1.2.** O valor da diária contratada deverá ser compatível com a renda mensal do segurado, renda esta que deverá ser comprovada. Em caso de sinistro, poderá ser solicitada sua comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal comprovada do segurado, o pagamento da indenização será realizado pelo valor comparado e não pelo valor contratado, não cabendo devolução de prêmio recolhido pela seguradora.
- 1.3.** A “incapacidade temporária” caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando este ocorrer dentro do período de vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Incapacidade Física Temporária (DIT):**
 - a) epidemias e pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;**
 - b) incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do segurado no seguro;**
 - c) acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro de conhecimento do segurado;**
 - d) cirurgias para mudança de sexo, qualquer tratamento cirúrgico para impotência sexual, esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, inseminação artificial e respectivas conseqüências;**
 - e) cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais e reconstrução mamária em decorrência de retirada de câncer, desde que o diagnóstico da doença tenha ocorrido durante a vigência do seguro;**

- f) tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos com finalidade estética;
- g) quaisquer tratamentos por motivos de senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença ou abração química e cirúrgica;
- h) tratamento odontológico e ortodôntico;
- i) hospitalização para a realização de exames de rotina;
- j) tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- k) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes;
- l) as lesões classificadas como: Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho (DORT), inclusive a Lesão por Esforços Repetitivos (LER), problemas auditivos e outros;
- m) procedimentos não previstos no Código de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- n) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente; e
- o) os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, que não tenham, portanto, como comprovar uma atividade remunerada regular.

3. ELEGIBILIDADE

- 3.1.** Serão elegíveis para esta cobertura todas as pessoas físicas que possuírem qualquer vínculo com o estipulante e que se encontrarem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1.** O capital segurado corresponderá à quantidade máxima de dias contratada, multiplicada pelo valor da diária.
- 4.2.** O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5. PRÊMIO

- 5.1.** A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

6. CARÊNCIA

- 6.1.** Poderá ser aplicada uma carência de no mínimo 30 (trinta) dias, contados da

data de início de vigência do respectivo risco individual, exceto para os casos de acidente.

7. FRANQUIA

7.1. Poderá ser aplicada uma franquia de no mínimo 15 (quinze) dias a contar da data da ocorrência do evento coberto.

8. LIMITE DE DIÁRIAS

8.1. É a quantidade máxima de diárias a que o segurado fará jus conforme contrato, a contar do 16º (décimo sexto) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais.

9. PERÍCIA MÉDICA

9.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

9.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

10. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

10.1. As divergências de natureza médica sobre as causas do evento relacionadas a esta garantia serão dirimidas por uma junta médica constituída de 3 (três) médicos nomeados um pelo segurado, um pela seguradora e o terceiro, desempataador, escolhido de comum acordo pelos nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

10.2. Havendo divergências sobre a escolha do médico desempataador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

11. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

11.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultaneamente e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do estipulante do seguro, ou a critério da seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice.

12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

12.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de

impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.

12.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

12.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

12.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

12.4. O valor a ser indenizado ao(s) segurado(s) será igual ao valor da diária vezes o número de dias de afastamento, respeitados os períodos de carência e franquia.

12.5. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- original ou cópia simples dos exames realizados que comprovem a Incapacidade Física Total Temporária; e
- cópia autenticada do CPF e RG/RNE do segurado.

12.6. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicá-lo o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

12.7. Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

-
- 12.8.** Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.
- 12.9.** As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

13. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

- 13.1.** O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.

14. DISPOSIÇÃO FINAL

- 14.1.** Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais da apólice.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado durante a vigência do seguro, em caso de morte e/ou invalidez de seu cônjuge, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, cujo capital segurado e cobertura serão limitados no contrato e indicados no certificado individual.
- 1.2. Por esta cobertura suplementar, também farão parte do grupo segurado os cônjuges de todos os segurados, desde que a esse grupo já não pertençam como segurados.
- 1.3. O cônjuge poderá também participar das coberturas adicionais mediante solicitação na proposta de adesão, e desde que sejam contratadas pelo segurado.

2. CONCEITO

- 2.1. Entende-se como “cônjuge” o(a) companheiro(a) dos segurados, solteiros, viúvos, separados judicialmente, ou de fato, desde que tal condição esteja reconhecida pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) ou pelo Regulamento do Imposto de Renda.

3. INCLUSÃO NO SEGURO

- 3.1. Participarão do presente seguro os cônjuges de todos os segurados.
- 3.2. **A indicação do cônjuge para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra a inclusão, ou caso ocorra a inclusão de cônjuge não legalmente habilitado, ou, ainda, caso o cônjuge incluso já faça parte do grupo segurado, não haverá direito à indenização, sendo nestes últimos casos devolvidos os VALORES DO PRÊMIO REFERENTE À INDEVIDA INCLUSÃO DA COBERTURA DE CÔNJUGE.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. De acordo com o disposto nos riscos excluídos das condições contratuais da apólice.

5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE

- 5.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:

- na data do início da cobertura do risco individual do segurado; e
- na data da inclusão da condição no seguro, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE

- 6.1.** O seguro do cônjuge terminará:
- com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
 - com o cancelamento desta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
 - com o término do seguro do segurado;
 - com a morte do segurado, com sua Invalidez Permanente Total por Acidente;
 - na ocorrência de separação judicial ou de fato;
 - no caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR), quando se tratar de companheiro(a); e/ou
 - a pedido escrito do segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1.** O capital segurado do cônjuge incluído automaticamente e como as coberturas contratadas, serão definidos no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado.

8. PRÊMIO

- 8.1.** A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

9. BENEFICIÁRIO

- 9.1.** A indenização devida por esta condição será paga ao respectivo segurado.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR

- 10.1.** Esta cobertura suplementar cessará:
- facultativamente no aniversário da apólice, por iniciativa da seguradora ou do estipulante, mediante aviso por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência; e
 - obrigatoriamente, quando a apólice da qual esta Condição Especial da Cobertura Suplementar é parte integrante for cancelada ou não renovada.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Será o disposto nas condições gerais do seguro e de acordo com cada cobertura contratada.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições contratuais da presente apólice.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, durante a vigência do seguro em caso de morte e/ou invalidez de algum dos seus filhos dependentes, maior de 14 (quatorze) anos, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, cujo capital segurado e cobertura serão limitados no contrato e indicados no certificado individual, e desde que sejam contratadas as mesmas coberturas para o cônjuge com a inclusão automática na apólice.
- 1.2. Cada filho está coberto apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados, sendo considerado dependente do cônjuge de maior capital segurado.
- 1.3. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:
 - a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado para filhos;
 - b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

2. CONCEITO

- 2.1. Consideram-se como “filhos” os filhos, enteados e menores, desde que dependentes do segurado, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR).
- 2.2. **Não podem participar desta cobertura os filhos que façam parte do grupo de segurados e os não dependentes do segurado.**

3. INCLUSÃO NO SEGURO

- 3.1. Participarão do presente seguro todos os filhos dependentes do segurado, desde que estejam em perfeitas condições de saúde.
- 3.2. A indicação do(s) filho(s) para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado, que se responsabiliza pelo estado de saúde do filho incluso no seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. De acordo com o disposto nos riscos excluídos das condições contratuais da apólice.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

- 5.1.** A cobertura dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:
- na data do início da cobertura do risco individual do segurado; e
 - na data da inclusão da condição na apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

6. TÉRMINO DO SEGURO DO(S) FILHO(S)

- 6.1.** O seguro garantido por esta condição especial terminará:
- com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
 - com o cancelamento desta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
 - com o término do seguro do segurado;
 - com a morte do segurado ou do cônjuge, com sua Invalidez Permanente Total por Acidente;
 - a pedido por escrito do segurado;
 - se o filho deixar de ser dependente do segurado, conforme item 2.1.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1.** O capital segurado da cobertura básica de morte acidental do(s) filho(s) não poderá em hipótese alguma ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado.

8. PRÊMIO

- 8.1.** A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

9. BENEFICIÁRIO

- 9.1.** A indenização devida por esta condição será paga ao respectivo segurado. Na hipótese de morte simultânea será paga aos herdeiros legais.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1.** Será o disposto nas condições gerais do seguro.

11. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR

- 11.1.** Esta Cobertura Suplementar cessará:
- facultativamente no aniversário da apólice, por iniciativa da seguradora ou do estipulante, mediante aviso por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência;

-
- obrigatoriamente, quando a apólice da qual esta Condição Especial da Cobertura Suplementar é parte integrante for cancelada ou não renovada.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

- 12.1.** Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições contratuais da presente apólice.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, em caso de morte e/ou invalidez de seu cônjuge, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado e cobertura serão limitados no contrato e indicados no certificado individual.
- 1.2. O cônjuge poderá também participar das coberturas especiais mediante solicitação na proposta de adesão e desde que contratadas pelo segurado.

2. CONCEITO

- 2.1. Equipara-se ao cônjuge o(a) companheiro(a) dos segurados, solteiros, viúvos, separados judicialmente ou de fato, desde que tal condição esteja reconhecida pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) ou pelo Regulamento do Imposto de Renda e que esteja indicado na proposta de adesão.

3. INCLUSÃO NO SEGURO

- 3.1. Participarão do presente seguro os cônjuges dos segurados que expressamente autorizarem/solicitarem a inclusão de forma facultativa dos respectivos cônjuges.
- 3.2. **A indicação do cônjuge para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra a inclusão, ou caso ocorra a inclusão de cônjuge não legalmente habilitado, ou, ainda, caso o cônjuge incluso já faça parte do grupo segurado, não haverá direito à indenização, sendo nestes últimos casos devolvidos os VALORES DO PRÊMIO REFERENTE À INDEVIDA INCLUSÃO DA COBERTURA DE CÔNJUGE.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. De acordo com o disposto nos riscos excluídos das condições contratuais da apólice.

5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE

- 5.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:
 - Na data do início da cobertura do risco individual do segurado, desde que solicitada a inclusão de seu cônjuge simultaneamente, mediante análise e aceitação pela seguradora; e

- Quando este não for incluído simultaneamente com o segurado, o início de vigência do risco individual do seguro do cônjuge será a partir da vigência correspondente ao mês da solicitação expressa do segurado.

6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE

6.1. O seguro do cônjuge terminará:

- com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
- com o cancelamento desta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
- com o término do seguro do segurado;
- com a morte do segurado, com sua Invalidez Permanente Total por Acidente;
- na ocorrência de separação judicial ou de fato;
- no caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) como companheiro(a) ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR), quando se tratar de companheiro(a); e/ou
- a pedido escrito do segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O capital segurado do cônjuge facultativo e as coberturas contratadas, serão definidos no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado.

8. PRÊMIO

8.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

9. BENEFICIÁRIO

9.1. A indenização devida por esta condição será paga ao respectivo segurado.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR

10.1. Esta cobertura suplementar cessará:

- facultativamente no aniversário da apólice, por iniciativa da seguradora ou do estipulante, mediante aviso por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência; e
- obrigatoriamente, quando a apólice da qual esta Condição Especial da Cobertura Suplementar é parte integrante for cancelada ou não renovada.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Será o disposto nas condições gerais do seguro e de acordo com cada cobertura contratada.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições contratuais da presente apólice.

REGULAMENTO DO DEFENSOR DO SEGURADO

Artigo 1º – Da Constituição

Por decisão do Conselho de Administração da **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.**, foi constituído o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**.

§ 1º– O objetivo da constituição do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** é proteger os direitos dos **Segurados** e participantes pessoas físicas e garantir a equidade de suas relações com a **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.** e a **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.** – doravante denominadas “Empresas” – mediante a apreciação e o julgamento dos eventuais conflitos de interesses que surjam na execução dos respectivos contratos de seguros ou previdência privada.

§ 2º– O recurso ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** é de caráter gratuito e só será acatado para as reclamações que não entraram na área contenciosa e que não superem o limite de alçada previsto neste Regulamento.

§ 3º– A atuação do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** estende-se aos participantes de planos de previdência e suas decisões são vinculantes à **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.**, pela anuência de seus acionistas.

Artigo 2º – Da Competência

Para o desenvolvimento de suas funções, compete ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**:

- a) Conhecer e resolver as reclamações que, dentro dos respectivos contratos, sejam formuladas por **Segurados** ou participantes, pessoas físicas, ou pelos que os sucedam neste direito específico, com exclusão das reclamações de terceiros. As resoluções deste item possuem caráter vinculante às Empresas.
- b) Analisar as cláusulas contratuais e recomendar aos respectivos Conselhos de Administração das Empresas os ajustes técnicos das coberturas e/ou introdução no contrato ou nos regulamentos operacionais de cláusulas ou regras que aperfeiçoem o relacionamento entre as partes. Tais recomendações não têm caráter vinculante; porém, sua viabilidade de implementação deve ser considerada.

Artigo 3º – Das Alçadas

As resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** serão adotadas com base no critério de equidade e, possuindo caráter vinculante às

Empresas – se aceitas pelos **Segurados** ou participantes e se a quantia do direito que se reconhece não exceder R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil), devem ser de cumprimento obrigatório pelas Empresas num prazo máximo de 8 (oito) dias corridos.

§ 1º– O reclamante poderá aceitar tais resoluções ou recorrer às ações que legalmente lhe correspondam para a defesa de seus direitos.

Artigo 4º – Sobre o DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS

O Cargo de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** será exercido por pessoa devidamente habilitada, designada pelos respectivos Conselhos de Administração das Empresas. A escolha deverá recair em juristas de reconhecido prestígio ou em catedráticos das Faculdades de Direito, com preferência os que tenham experiência em entidades relacionadas ao seguro e aos planos de previdência.

§ 1º– Entende-se por pessoa devidamente habilitada aquela que atenda aos seguintes quesitos:

a) Isonomia – A inexistência de vínculo empregatício com as **Empresas** lhe confere a imparcialidade necessária que a função requer.

b) Conhecimento – Uma área tão específica requer um profissional cujo profundo domínio da instituição do seguro seja uma referência no mercado.

c) Autonomia – Uma vez analisada a reclamação relativa a contratos de seguros ou previdência privada, sua resolução será reconhecida e acatada pela **Empresa**.

d) Moral – Sua ilibada reputação é credencial para que suas resoluções sejam irrefutáveis e assumidas pelas partes como equilibradas, justas e éticas.

§ 2º– Não poderá ser considerado para o cargo aquele que esteja exercendo função de conselheiro, executivo ou funcionário das Empresas, nem pessoas que tenham parentesco com eles até o segundo grau, inclusive por afinidade.

§ 3º– **O DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** não será considerado eticamente habilitado a resolver eventuais reclamações oriundas de segurados ou participantes com quem tenha vínculo de parentesco até 2º grau, ascendentes ou descendentes, ou ainda em causa própria.

Artigo 5º – Do Mandato

A duração do cargo de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** será de 3 (três) anos. Por decisão dos respectivos Conselhos de Administração das Empresas, será admitida a recondução do titular ao cargo sucessivamente, sem limite de tempo, até que este complete 75 (setenta e cinco) anos de idade.

- § 1º– A tomada de posse do cargo determina a atribuição ao empossado do título de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** e lhe dá o poder de organizar a instituição da forma que permita facilitar e agilizar a resolução das reclamações e colaborar com recomendações aos respectivos Conselhos de Administração das Empresas, contribuindo para o aperfeiçoamento da relação jurídica contratual.
- § 2º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** pode ser destituído do cargo pelos respectivos Conselhos de Administração das Empresas a qualquer momento, após análise e deliberação embasadas em fatos que visem ao aprimoramento da função.
- § 3º– Quando ocorrer o afastamento permanente ou temporário por qualquer motivo ou a destituição do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** do cargo dentro do período de sua designação, um substituto interino deverá ser indicado em caráter de urgência pelos Presidentes dos Conselhos de Administração das Empresas. O substituto interino deverá permanecer na função até que os Conselhos de Administração das Empresas possam indicar um novo **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, que iniciará, a partir de sua nomeação, um novo mandato de 3 (três) anos.

Artigo 6º – Do Funcionamento

Podem recorrer ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** todas as pessoas físicas – segurados, participantes de planos previdenciários ou seus beneficiários legais – que, em função de sinistros ou de qualquer outra circunstância derivada do seu contrato de seguro ou regulamento de plano, tenham qualquer reclamação contra as Empresas até o limite da alçada definido neste Regulamento. Para maior agilidade do processo, a reclamação, juntamente com as demais documentações, poderá ser elaborada pelo corretor de seguros e enviada ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, desde que a referida reclamação seja assinada também pelo segurado.

§ 1º– Serão requisitos imprescindíveis para se recorrer ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**:

a) que o reclamante tenha esgotado a via da reclamação ordinária ante os órgãos competentes das Empresas respectivas, entendendo-se que esta via estará esgotada quando:

1. exista uma decisão expressa do diretor territorial da **MAPFRE SEGUROS**;
2. haja transcorrido um período de 60 (sessenta) dias corridos, contados desde quando o **Segurado** formulou sua reclamação escrita, e esta não tenha sido resolvida pelo diretor territorial correspondente;

b) que a reclamação seja feita na forma escrita, endereçada à Caixa Postal do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** via Correios, CEP 05804-970 – São Paulo/SP.

§ 2º– A aceitação para trâmite do processo de reclamação compete exclusivamente ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, que deverá comunicar diretamente ao reclamante, em até 8 (oito) dias corridos após o recebimento da correspondência, com cópia ao corretor e às Empresas, o seguinte:

a) a aceitação do processo para trâmite imediato e o prazo de até 2 (dois) meses (sessenta dias) para resolver o conflito;

b) a aceitação do processo sob a condição de que o **Segurado** ou participante se comprometa a fornecer os documentos complementares necessários para a reclamação. Quando a reclamação estiver em ordem quanto aos itens requisitados, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** comunicará ao reclamante e às Empresas que o mesmo entrará em tramitação. A partir desse momento, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** terá o prazo de até 2 (dois) meses (sessenta dias) para sua resolução;

c) sua não-aceitação, indicando as causas que assim as justifiquem.

§ 3º – Após o trâmite da reclamação, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** comunicará por escrito a sua resolução e o motivo pelo qual ela foi tomada diretamente ao reclamante, com cópia ao seu corretor e às Empresas.

§ 4º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** solicitará de cada uma das Empresas, por meio dos diretores territoriais, todas as informações de que necessite relacionadas às reclamações admitidas para trâmite, e as Empresas as atenderão num prazo máximo de 8 (oito) dias corridos.

§ 5º– Os diretores-presidentes das Empresas ordenarão o cumprimento das resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** que tenham sido aceitas pelo reclamante em até 8 (oito) dias corridos, já que possuem caráter obrigatório. No caso das recomendações que não sejam vinculantes, elas deverão ser encaminhadas para análise de aplicação.

§ 6º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** redigirá, a cada ano, até o dia 28 de fevereiro, um relatório de sua atuação, que apresentará aos presidentes dos respectivos Conselhos de Administração das Empresas.

Artigo 7º – Das Obrigações das Empresas

As resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** são de caráter

vinculante às Empresas, razão pela qual a **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.** e a **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.** obrigam-se a acatá-las, desde que estejam dentro do limite de alçada determinado neste Regulamento e desde que sejam aceitas pelo reclamante.

- § 1º– As recomendações do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** com relação à modificação de cláusulas contratuais e/ou aos ajustes técnicos nos contratos e regulamentos operacionais das Empresas não são obrigatórias e podem, ou não, ser aceitas.
- § 2º– Cada uma das Empresas tem a obrigação de, no fim de cada mês, informar ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** a situação final de cada uma das reclamações que tenham sido tramitadas por ele e sobre as quais decidiu.
- § 3º– O Conselho de Administração dará instruções a cada uma das Empresas sobre a divulgação eficaz aos Segurados, Participantes e Corretores sobre a existência do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, assim como seus objetivos e as normas que regulam sua atuação, além das condições obrigatórias para a aceitação das reclamações e dos procedimentos para sua tramitação.

Artigo 8º – Dos Recursos para o DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS

O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá dos meios necessários para o exercício independente de suas funções, que lhe será garantido pelos órgãos superiores das Empresas por meio da pré-aprovação de um orçamento anual.

- § 1º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá de instalações e organização próprias fora das instalações das Empresas envolvidas, contando com os equipamentos necessários às suas atribuições.
- § 2º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá de uma caixa postal de seu uso exclusivo, onde receberá diretamente a correspondência dos segurados.
- § 3º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** contará com a colaboração dos diretores-presidentes das Empresas, que garantirão o bom e pleno funcionamento das relações entre o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** e os diversos órgãos das Empresas.

**Disque
Fraude** 

0800-775-7333

Todos contra a fraude

A atuação ética é um dos princípios institucionais da MAPFRE no mundo. É por esse motivo que instituímos, de forma pioneira no Brasil, o DISQUE FRAUDE, um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo. Coragem e respeito por você nos permitem ser ousados para exigir processos e produtos transparentes, sempre.