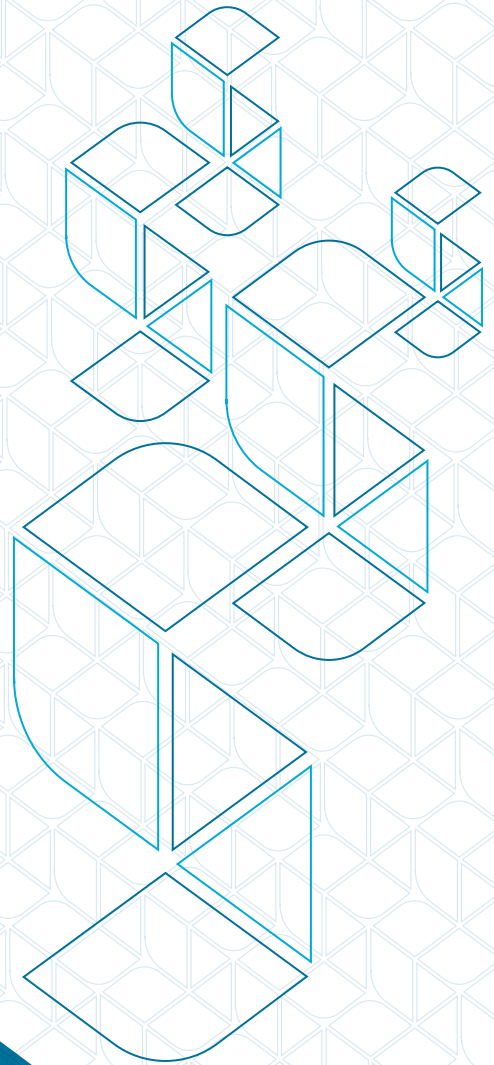




CONDIÇÕES
CONTRATUAIS
**SEGURO DE ACIDENTES
PESSOAIS INDIVIDUAIS -
BICICLETAS -
VIGÊNCIA MENSAL**

**CONDIÇÕES CONTRATUAIS SEGURO DE ACIDENTES
PESSOAIS INDIVIDUAL - BICICLETAS - VIGÊNCIA MENSAL**

PROCESSO SUSEP N.º 15414.612613/2021-32



1. DISPOSIÇÕES INICIAIS.....	4
2. OBJETIVO DO SEGURO	4
3. DEFINIÇÕES	4
4. COBERTURAS DO SEGURO	10
5. RISCOS EXCLUÍDOS	13
6. CARÊNCIA.....	16
7. ACEITAÇÃO, RENOVAÇÃO E VIGÊNCIA DO SEGURO.....	17
8. PAGAMENTO DO PRÊMIO	18
9. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	19
10. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO	19
11. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO	19
12. DIREITO DE ARREPENDIMENTO	20
13. PERDA DE DIREITOS.....	21
14. BENEFICIÁRIO	22
15. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	22
16. FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	25
17. PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO	25
18. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	26
19. FORO.....	26
20. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES	26
21. CLÁUSULA DE SANÇÕES E EMBARGOS.....	26



1. DISPOSIÇÕES INICIAIS

- a) Aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.
 - b) O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
 - c) O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número do seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
 - d) Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.
 - e) Devido a natureza do Regime Financeiro de Repartição Simples, este seguro não permite a concessão de resgate, saldamiento, seguro prolongado ou devolução de quaisquer prêmios pagos ao Segurado, ao Beneficiário, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período de cobertura.
- f) PROCESSO SUSEP N.º 15414.612613/2021-32**

2. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância, limitado ao capital segurado ao próprio Segurado ou aos seus respectivos Beneficiários, na ocorrência de um dos riscos cobertos pelas garantias contratadas, quando ocorrido durante a utilização da bicicleta/bike segurada descrita na apólice, exceto se decorrentes de Riscos Excluídos da Cobertura, respeitando-se os demais itens destas Condições Gerais.

3. DEFINIÇÕES

As definições a seguir aparecerão no texto destas Condições Gerais com iniciais em maiúscula, sendo que o masculino incluirá o feminino e o singular incluirá o plural e vice-versa.

ACEITAÇÃO DO RISCO

É a aprovação, pela Seguradora, após a análise do risco, da proposta de seguro, a ela submetida pelo proponente para contratação do seguro.

ACIDENTES PESSOAIS

Para fins deste seguro, considera-se "acidente pessoal" o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha ocorrido durante a utilização da bicicleta/bike e que tenha como consequência direta a Morte ou a Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado ou torne necessário tratamento médico, observando-se que estão incluídos no conceito de Acidente Pessoal:

- a) Suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de pagamento do capital segurado, 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 sequestros e suas tentativas; e
- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais de origem traumática da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas.

Excluem-se deste conceito:

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressaltadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- 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 consequências 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”.**

AGRAVAÇÃO DO RISCO

São circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora, independentemente ou não da vontade do Segurado.

ÂMBITO GEOGRÁFICO

Termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou da apólice.

APÓLICE

Documento emitido pela Seguradora por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, com discriminação do bem ou interesse segurado, coberturas contratadas, bem como direitos e obrigações do Segurado e da Seguradora.

ATIVIDADE PROFISSIONAL

É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência, mediante remuneração.

ATO ILÍCITO (CULPOSO)

Ação ou omissão decorrente de negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

ATO ILÍCITO (DOLOSO)

Ação ou omissão voluntária, que viole direito ou cause dano a outrem. É praticado de forma intencional.





AVISO DE SINISTRO

Meio pelo qual o Segurado ou representante legal comunica à Seguradora a ocorrência de um sinistro, assim que dele tenha conhecimento.

BENEFICIÁRIO

A pessoa física ou jurídica, ou ente despersonalizado, eventualmente nomeada formalmente pelo Segurado, a qual deverá ser paga a indenização em caso de sinistro coberto, nos termos do Código Civil Brasileiro e desta apólice.

BENS

São todas as coisas, direitos e ações que podem ser objeto de propriedade.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL (B.O)

Documento oficial emitido por autoridade policial, descrevendo e confirmando a ocorrência de crimes e fatos atípicos, como acidente de trânsito, ou fato danoso.

CANCELAMENTO

Dissolução antecipada do contrato de seguro, de comum acordo, ou em razão do pagamento de indenização ao Segurado. O cancelamento decidido só pelo Segurado ou pela Seguradora, quando o contrato o permite, chama-se rescisão.

CAPITAL SEGURADO

É o capital máximo a ser pago na ocorrência do sinistro, ao Segurado ou Beneficiário do seguro, em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

CARÊNCIA

É o período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

CLÁUSULA

Em sentido estrito, é a denominação dada a cada um dos artigos ou disposições de um contrato. No caso de seguros, utiliza-se o termo para fazer referência a um grupo de disposições, normalmente sob um título, que estipulam as regras relativas a um particular aspecto do contrato, como, por exemplo, "Cláusula de Pagamento de Prêmio", "Cláusula de Concorrência de Apólices".

CLAUSULADO

Conjunto de cláusulas de um contrato de seguro, ou, em um sentido mais amplo, uma referência a todas as disposições do contrato.

COBERTURA

É a designação genérica dos riscos assumidos pela Seguradora.

COBERTURA ADICIONAL

Cobertura adicionada ao contrato, facultativamente, mediante cobrança de prêmio adicional.

COBERTURA BÁSICA

É a cobertura obrigatória inerente a um determinado ramo de seguro.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Representam as Condições Gerais, Condições Especiais e Condições ou Cláusulas Particulares de um mesmo seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

CONDIÇÕES GERAIS

Conjunto de cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou Coberturas contratuais de um plano de seguro, que estabelecem obrigações e direitos das partes contratantes.

CONTRATO DE SEGURO

Instrumento jurídico, representado pela apólice de seguro, pelo qual a Seguradora se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do Segurado, relativo à pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados. É precedido da proposta de seguro com as declarações dos proponentes necessárias à avaliação e aceitação do risco pela Seguradora.

CORRETOR DE SEGUROS (PESSOA JURÍDICA)

Empresa habilitada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) para a intermediação, entre proponentes e Seguradoras, de contratos de seguros.

CORRETOR DE SEGUROS

É o intermediário legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

CURADOR

Pessoa encarregada judicialmente de administrar ou fiscalizar bens ou interesses de outra pessoa.

DANO CORPORAL

Lesão física causada ao corpo da pessoa. Danos classificáveis como mentais ou psicológicos não oriundos de danos corporais não estão abrangidos por esta definição.

DANO MATERIAL

É todo e qualquer dano que atinge os bens móveis ou imóveis.

DANO MORAL

Lesão, praticada por outrem, ao patrimônio psíquico ou à dignidade da pessoa, ou, mais amplamente, aos direitos da personalidade, causando sofrimento psíquico, constrangimento, ou qualquer tipo de desconforto, independentemente da ocorrência simultânea de danos materiais ou corporais. Para as pessoas jurídicas, são as perdas financeiras indiretas, não contábeis, decorrentes de ofensa ao seu nome ou à sua imagem, independentemente da ocorrência simultânea de outros danos.

DATA DO EVENTO

Data da ocorrência do Evento/Risco Coberto.

DOENÇAS E/OU LESÕES PREEXISTENTES

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, de conhecimento do Proponente e não declaradas na proposta de contratação.

EVENTO COBERTO

Toda e qualquer ocorrência ou acontecimento decorrente de uma mesma causa passível de ser garantido por uma apólice de seguro.

FINAL DE VIGÊNCIA

Data final para ocorrência de Riscos previstos em uma apólice de seguro. O Final de Vigência do Seguro ocorrerá às 24 horas do dia anterior ao seu aniversário, respeitando-se a vigência contratada.



FRANQUIA

É o período de tempo em cada evento coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização.

FORO

No contrato de seguro, refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do contrato.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

É a perda total, contínua e temporária da capacidade para a prática da atividade profissional, causada direta e exclusivamente por acidente ou doença.

INDENIZAÇÃO

Valor que a Seguradora deve pagar ao Segurado ou beneficiário em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro, não podendo ultrapassar, em hipótese alguma, o Limite Máximo de Indenização da Cobertura contratada e o Limite Máximo de Garantia da apólice.

INÍCIO DE VIGÊNCIA

É a data a partir da qual as coberturas dos riscos propostos serão garantidos pela Seguradora.

LIMITE TÉCNICO

Valores máximos que a Seguradora assumirá, sob sua responsabilidade, em cada Seguro, sendo definido conforme a legislação vigente.

LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Pagamento da indenização (ou reembolso) relativa a um sinistro.

LUCROS CESSANTES

São lucros que deixam de ser auferidos devido à paralisação de atividades e do movimento de negócios do Segurado, ou do Terceiro prejudicado, no caso de Seguro de Responsabilidade Civil. Os "lucros cessantes" são classificados como "perdas financeiras".

MÁ-FÉ

É o comportamento desonesto, desleal, com vícios, por parte de uma pessoa, com o objetivo de induzir ou manter outra pessoa em erro, e, assim, obter uma vantagem ilícita.

MÉDICO ASSISTENTE

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, em linha reta ou na colateral, até terceiro grau, amigo íntimo, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

NOTA TÉCNICA ATUARIAL

É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS)

É a parte do prejuízo em que, em caso de sinistro, correrá por conta do Segurado.

PERÍODO DE COBERTURA

Aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

PRÊMIO

É a importância paga pelo Segurado ou estipulante/proponente à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade do risco a que o Segurado está exposto.



PRÊMIO PERIÓDICO

Valor a ser pago para a garantia do risco, mensalmente, conforme opção especificada na proposta.

PROCESSO SUSEP

É o número de registro do produto a ser comercializado pela Seguradora na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

PROPONENTE

É a pessoa, física ou jurídica, que se dispõe a contratar o seguro junto à Seguradora.

PROPOSTA

É o documento que precede a emissão da Apólice, contendo declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido pela Seguradora e do risco, com base nos quais a Seguradora decidirá se aceita contratar o seguro ou não e, caso aceite, calculará o valor do prêmio.

REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES

Estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse mesmo período.

RENOVAÇÃO

Ao término da vigência de um seguro, normalmente é oferecida ao Segurado a possibilidade de dar continuidade ao contrato. O conjunto de normas e procedimentos a serem cumpridos, para que se efetive tal continuidade, é denominado "renovação do contrato".

RISCO

É o acontecimento futuro e incerto, ou de data incerta, potencialmente danoso.

RISCO COBERTO

Risco, previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem a Indenização e/ou reembolso ao Segurado.

RISCOS EXCLUÍDOS

Todo evento danoso em potencial, não elencado entre os riscos cobertos na apólice de seguro é, implicitamente, um risco excluído. No entanto, para evitar litígios decorrentes de interpretação incorreta do risco coberto, e também porque alguns dos possíveis riscos excluídos podem ser redefinidos como riscos cobertos em Coberturas Básicas ou Adicionais, os riscos excluídos são elencados de forma explícita nos contratos de seguro, seja nas Condições Gerais, seja nas Condições Especiais. Portanto, este é o conceito restrito de risco excluído: são potenciais eventos danosos, elencados no contrato, mas NÃO contemplados pelo seguro, isto é, em caso de ocorrência, causando danos ao Segurado (ou a sua responsabilização pelos mesmos, no Seguro de Responsabilidade Civil), não haveria indenização ao Segurado.

SEGURADO

É a pessoa, física ou jurídica, que tendo interesse segurável, contrata o seguro em seu benefício pessoal ou de terceiros.

SEGURADORA

Empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.



SEQUELA

Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

SINISTRO

Ocorrência de acontecimentos previstos no contrato de seguro e que causem prejuízos ao Segurado.

VIGÊNCIA DO SEGURO

Período de tempo fixado para a validade do seguro ou cobertura.

4. COBERTURAS DO SEGURO

As coberturas do seguro são aquelas discriminadas na proposta de contratação pelo PropONENTE. As coberturas básicas podem ser contratadas em conjunto ou isoladamente.

As coberturas básicas garantem até o Limite Máximo de Indenização contratado em caso de:

4.1. Morte Acidental

Quando contratada, garante ao beneficiário legal o pagamento de uma indenização referente ao capital segurado contratado, em caso de morte do Segurado, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal relacionado ao uso da bicicleta/bike, desde que ocorrido durante a vigência do Seguro, no âmbito geográfico da cobertura, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Contratuais e do Contrato.

4.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

Quando contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, até o limite de Capital Segurado, relativo à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física em decorrência, direta e exclusiva, de acidente pessoal ocorrido enquanto o Segurado fazia uso da bicicleta/bike, desde que decorrente de acidente, queda, atropelamento ou colisão, conforme tabela de Invalidez permanente constante nesta Condição Geral.

Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de Invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao Segurado uma indenização, conforme tabela abaixo, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato.

Não estando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o capital segurado por perda parcial é calculado pela aplicação, à percentagem prevista na tabela supracitada, para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

Na falta de indicação do percentual de redução informando-se apenas o grau dessa redução como máximo, médio ou mínimo, o capital segurado será calculado, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na tabela, o capital segurado será estabelecido de acordo com a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.



TABELA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE:

DISCRIMINAÇÃO		%
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 incurável	100
DISCRIMINAÇÃO		%
Invalidez Permanente PARCIAL DIVERSOS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	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
DISCRIMINAÇÃO		%
Invalidez Permanente PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	



DISCRIMINAÇÃO		%
Invalidez Permanente PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda total de um dos pés, isto é perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	de 4 (quatro) centímetros	10
	de 3 (três) centímetros	6
	menos de 3 (três) centímetros, sem indenização	

4.2.1. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, o capital segurado será calculado somando-se as percentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado previsto para essa cobertura. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma dos percentuais correspondentes não poderá exceder ao capital segurado previsto para sua perda total.

4.2.2. Para efeito de indenização, a perda ou agravo da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do capital segurado, salvo quando previamente declarado pelo Segurado na contratação do seguro. Nessas condições, será deduzido do grau da invalidez definitiva o grau da invalidez preexistente devidamente comprovada por laudo médico e resultados de exames que demonstrem a perda funcional atestando o grau da preexistência.

4.2.3. A constatação da Invalidez Permanente por Acidente se fará através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialização da lesão e resultados de exames que demonstrem a perda funcional. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.



4.2.4. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito ao capital segurado desta Cobertura.

4.2.5. Nos casos em que houve o pagamento do Capital Segurado por Invalidez Permanente Parcial por Acidente e o Segurado vir a falecer em consequência deste mesmo evento, será deduzido do capital segurado de Morte a importância já paga pela Invalidez Permanente Parcial por Acidente.

4.2.6. A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente, sem a cobrança de prêmio adicional.

A cobertura adicional garante o reembolso do valor indenizatório, até o Limite Máximo de Indenização contratado, em caso de:

4.3. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas

Quando contratada, garante a vítima, mediante pagamento de prêmio adicional, o reembolso do valor indenizatório das despesas médicas e dentárias, bem como as diárias hospitalares incorridas a critério médico, efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente coberto, desde que decorrente de acidente, queda, atropelamento ou colisão relacionada ao uso da bicicleta/bike. E deverão ser comprovadas com notas fiscais/recibos originais e relatório(s) médico(s).

4.3.1. Aos menores de 14 (quatorze) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, com o seu funeral limitado ao capital segurado contratado.

4.3.2. O limite de capital segurado relativo a cada uma das ocorrências indicadas nesta condição especial será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Mesmo durante a vigência do seguro, a Seguradora não realizará o pagamento da indenização ao Segurado ou Beneficiário, caso o sinistro ocorra por consequência, direta ou indireta, de:

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de terrorismo, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes e de guerra, declarada ou não;**
- c) De doenças;**
- d) Epidemias e pandemias, ainda que declaradas pelos órgãos competentes;**
- e) Doação e transplante intervivos; e**
- f) Suicídio cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso.**



5.1. No caso de Morte Acidental do Segurado decorrente de eventos mencionados na cláusula de Riscos Excluídos ou na cláusula de Perda de Direito, ou que não esteja relacionada ao uso de bicicleta/bike e não decorrente de acidente, queda, atropelamento ou colisão, a Seguradora não realizará o pagamento da indenização ao Segurado ou Beneficiário.

5.2. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado decorrentes de eventos mencionados na cláusula de Riscos Excluídos ou na cláusula de Perda de Direito, ou que não esteja relacionada ao uso de bicicleta/bike e que não seja decorrente de acidente, queda, atropelamento ou colisão, a Seguradora não realizará o pagamento da indenização ao Segurado ou Beneficiário.

5.3. A Seguradora não realizará o pagamento da indenização ao Segurado ou Beneficiário em caso de Despesas Médico Hospitalares caso estas sejam decorrentes de eventos mencionados na cláusula de Riscos Excluídos ou na cláusula de Perda de Direito, ou que não estejam relacionadas ao uso da bicicleta/bike e não decorrente de acidente, queda, atropelamento ou colisão, ou ainda, eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de/ou relacionados a:

5.3.1. Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;

5.3.2. Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;

5.3.3. Cirurgias plásticas, tratamentos rejuvenescedores e/ou estéticos;

5.3.4. Continuidade e o controle de tratamentos anteriores referentes a doenças e lesões preexistentes ou crônicas;

5.3.5. Exames e/ou hospitalizações para check up;

5.3.6. Extensão de receita, ou seja, atendimento para prescrição de medicamentos de uso contínuo em situações não caracterizadas como Emergência ou Urgência;

5.3.7. Exame pré-natal e parto (natural ou cesariana, quando este não representar risco de morte ou sofrimento intenso);

5.3.8. Compra e aluguel de cadeira de rodas e muletas;

5.3.9. Atendimento ortodôntico de rotina;

5.3.10. Despesas realizadas pelo Segurado não prescritas por médico, ainda que decorrentes de evento coberto por este contrato de seguro.

5.4. Também ficam excluídos os acidentes e/ou eventos decorrentes de:

a) Competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;

Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes, ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;

b) Qualquer fenômeno atmosférico ou meteorológico, tais como: tufões, furacões, ciclones, maremotos, alagamentos, enchentes ou inundações, terremotos, tsu-



namis e erupções vulcânicas que não estejam previstos como riscos cobertos nos termos das coberturas contratadas na apólice;

c) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;

d) Quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro;

e) Atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes ou administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, no caso de seguro contratado por pessoa jurídica.

5.5. Excluídos das coberturas deste seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em consequência de evento coberto, decorrentes de:

a) Danos morais e estéticos;

b) Danos materiais; e

c) Lucros cessantes.

5.6. Não estão amparados danos sofridos pelo Segurado.

5.7. Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, situação em que este perderá o direito à Cobertura do seguro, conforme disposto no artigo 768 do Código Civil.

5.8. Qualquer perda por ataque cibernético, dano, responsabilidade, custo ou despesa direta ou indiretamente causados por:

5.8.1. O uso ou incapacidade de usar qualquer computador, sistema de computador, programa de software de computador, processo, ou qualquer outro sistema eletrônico;

5.8.2. Qualquer vírus de computador ou código malicioso; e

5.8.3. Qualquer fraude referente a computador que esteja relacionada aos itens 5.8.1 e 5.8.2.

5.9. Não obstante o que em contrário possam dispor as condições gerais, especiais e/ou particulares do presente seguro, fica entendido e concordado que, para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5.10. EXCLUSÃO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS:

5.10.1. Não obstante qualquer outra disposição em contrário contida nesta apólice, em seus endossos e/ou aditivos, fica entendido e acordado que este Contrato exclui e não cobre qualquer perda, dano, responsabilidade, reclamação, multa, penalidade, julgamento, custo, despesa ou outro valor direta ou indiretamente decorrente de:

a) Uma Doença Transmissível;



- b) O medo ou a ameaça (real ou percebida) de uma Doença Transmissível; ou**
- c) Qualquer ação tomada para controlar, prevenir, suprimir ou de qualquer forma relacionada a qualquer incidência, surto, epidemia ou pandemia ou ameaça de incidência, surto, epidemia ou pandemia de uma Doença Transmissível.**

5.10.2. Para fins desta exclusão, “perda, dano, responsabilidade, reclamação, multa, penalidade, julgamento, custo, despesa ou outro valor” inclui, mas não está limitado a: responsabilidade de qualquer tipo a terceiros, perda de receita ou renda e/ou custos de substituição de deterioração, depreciação, ou perda de valor ou comercialização de, ou perda de uso de, qualquer propriedade, bem como qualquer custo para limpar, higienizar, remediar, desintoxicar, remover, monitorar ou testar com respeito a:

- a) Uma Doença Transmissível; ou**
- b) Qualquer bem que seja ou possa ser afetado por tal Doença Transmissível.**

5.10.3. Para fins desta exclusão, entende-se por “Doença Transmissível” qualquer doença, enfermidade, infecção, doença ou síndrome que possa ser transmitida, direta ou indiretamente, por qualquer substância ou agente, entre ou de qualquer organismo para outro organismo (seja da mesma espécie ou de qualquer outra espécie) onde:

5.10.3.1. Tal substância ou agente seja, inclua, seja composto de, ou contenha qualquer vírus, bactéria, príão, parasita ou outro organismo ou micro-organismo, ou qualquer variação, mutação ou evolução dos mesmos, vivos ou não; e

5.10.3.2. Tal doença, infecção, enfermidade, síndrome, substância ou agente pode ou faz:

- a) Causar ou ameaçar causar qualquer dano à saúde humana ou ao bem-estar humano;**
- b) Causar ou ameaçar causar qualquer dano, deterioração, perda de valor, comercialização ou perda de uso de qualquer propriedade; ou**
- c) De outra forma, causar ou ameaçar causar qualquer perda de receita, renda, participação no mercado ou patrocínio de qualquer tipo.**

5.10.4. Esta exclusão se aplica a toda e qualquer extensão de cobertura, coberturas adicionais, exceções a qualquer exclusão e/ou qualquer outra concessão de cobertura que sejam ou possam ser fornecidas nos termos deste Contrato de seguro e seus endossos.

5.10.5. Nem o conteúdo desta exclusão nem sua ausência de quaisquer acordos ou contratos prévios (de qualquer espécie) entre ou entre as Partes estabelecerá ou constituirá, para qualquer finalidade, qualquer forma de cobertura ou responsabilidade com relação a qualquer Doença Transmissível (incluindo, mas não se limitando ao Coronavírus (COVID- 19) e suas variações, mutação ou evolução) sob quaisquer desses acordos ou contratos prévios.

6. CARÊNCIA

É o período durante o qual o Segurado não terá direito às Garantias deste seguro. Não há carência no produto.



7. ACEITAÇÃO, RENOVAÇÃO E VIGÊNCIA DO SEGURO

7.1. A aceitação e alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita, mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado.

7.1.1. Se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de contratação ou na mensuração do prêmio, perderá o direito à indenização, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

7.1.2. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora terá direito a rescindir o contrato, ou a cobrar, mesmo após a ocorrência do Sinistro, a diferença do prêmio.

7.2. A Seguradora fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e hora de seu recebimento.

7.3. À Seguradora é reservado o direito de aceitar ou recusar o seguro, independentemente da ocorrência de sinistro, até 15 (quinze) dias da data de protocolo da proposta de seguro na Companhia, mesmo tratando-se de renovação, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

7.4. A emissão da apólice, do certificado ou do endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

7.5. A inexistência de manifestação expressa da Seguradora dentro do prazo de 15 (quinze) dias contados do protocolo da proposta implicará na aceitação automática do seguro.

7.6. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto para aceitação, quando o proponente for pessoa física. A solicitação de documentos complementares poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto de 15 (quinze) dias, desde que a Seguradora indique fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxaço do risco, quando o proponente for pessoa jurídica. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.7. Não havendo pagamento de prêmio quando do protocolo da proposta, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data da aceitação da proposta ou com data distinta desde que expressamente acordada entre as partes. Nos casos em que a proposta de seguro tenha sido recepcionada, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

7.8. Se a proposta de seguro tiver sido recebida com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, iniciará desde que solicitada pelo proponente na proposta de seguros, uma cobertura provisória a partir das 24 horas da data da recepção do referido documento.

7.8.1. No caso de aceite da proposta de seguros, a referida cobertura provisória será considerada como de efetiva vigência do seguro e ratificada na apólice de seguros emitida.



7.8.2. No caso da recusa da proposta de seguros, e apenas para seguros com prazo de vigência igual ou superior a 12 (doze) meses, a cobertura provisória prevalecerá por mais 2 (dois) dias úteis após a formalização da recusa da Seguradora.

7.8.3. No caso da recusa da proposta de seguros e para seguros com prazo de vigência inferior a 12 (doze) meses, a cobertura provisória se encerrará no exato momento desta recusa.

7.8.4. O disposto no item 7.8.2. não se aplica aos seguros estruturados com período intermitente de cobertura, dentro de seu período de vigência.

7.9. No caso de não aceitação, a proposta de seguro será devolvida juntamente com carta informando o motivo da recusa. Caso já tenha havido pagamento de prêmio, os valores pagos serão devolvidos, atualizados a partir da data da formalização da recusa até a data da efetiva restituição pela Seguradora, pelo índice IPCA/IBGE. O valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela pro-rata temporis correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. A não devolução do prêmio no prazo previsto implicará na aplicação de juros de mora de 1,0% (um por cento) ao mês, a partir do 11º dia, sem prejuízo da sua atualização.

7.10. O prêmio a ser devolvido ao segurado estará sujeito à atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE – (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) a ser aplicada a partir da data de recebimento do adiantamento de prêmio, se houver. Se houver extinção do índice pactuado, a Seguradora aplicará automaticamente o índice INPC/FIPE.

7.11. A Apólice é emitida com vigência mensal e será renovada automaticamente, a cada mês, até completar 1 (um) ano de vigência, onde será realizada uma nova subscrição por meio remoto.

7.12. O processo descrito no item 7.11. não se aplica se efetuado cancelamento prévio pelo Segurado ou pela Seguradora.

7.13. Fica proibido o cancelamento do contrato de seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.

7.14. O período de vigência deste seguro será mensal conforme descrito na apólice de seguro e terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicados.

8. PAGAMENTO DO PRÊMIO

8.1. O pagamento do prêmio acontecerá de forma mensal, por meio remoto.

8.2. A falta de pagamento do prêmio mensal na data indicada no respectivo documento de cobrança implicará no cancelamento do contrato de seguro em até 90 (noventa) dias, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

8.3. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.



9. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

9.1. Os capitais segurados, bem como os prêmios deste seguro, deverão ser atualizados anualmente, no aniversário da apólice, com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), acumulada nos últimos 12 (doze) meses que antecedem o 4º (quarto) mês anterior ao aniversário do seguro.

9.2. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores definido no item anterior, a Seguradora adotará os procedimentos determinados pela legislação pertinente ou pelos órgãos públicos competentes.

10. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

10.1. Qualquer alteração neste contrato somente terá validade se for feita por meio de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância das partes contratantes, cabendo salientar que qualquer pedido de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a aceitação do seguro.

10.2. Caberá ao Segurado solicitar à Seguradora, por escrito e em comum acordo, o aumento do capital segurado, que se submeterá novamente às regras de análise e aceitação do risco.

10.3. Os valores devidos a título de devolução de prêmios por alteração do seguro sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor Amplo IPCA/IBGE, a partir da data do recebimento da solicitação da alteração, se solicitada pelo Segurado, ou da data da emissão da efetiva alteração, se a mesma ocorrer por iniciativa da Seguradora.

11. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO

11.1. Este seguro poderá ser cancelado/rescindido integralmente a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer partes contratantes, mediante acordo entre elas.

11.2. No caso de rescisão do contrato, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes e com concordância recíproca, a Seguradora irá reter do prêmio recebido a parte proporcional ao tempo decorrido.

11.2.1. Por iniciativa da Seguradora, onde esta reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido:

a) Caso o Segurado não realize o pagamento ou repasse da primeira parcela do prêmio até a data constante no documento de cobrança ou se configurada a falta de pagamento de qualquer um dos prêmios mensais por um período de 05 (cinco) dias consecutivos ou não, a apólice estará cancelada por falta de pagamento sem que seja devido ao Segurado ou a seus beneficiários a percepção proporcional de qualquer indenização; e



b) Se o Segurado, seus beneficiários, o representante de um ou de outro, agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação ou, ainda, para conseguir o aumento do capital segurado, ocorrerá o cancelamento da apólice sem a restituição dos prêmios já pagos, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

11.2.2. O presente seguro se extingue com o pagamento da cobertura por Morte Acidental ou da cobertura por Invalidez Permanente Total por Acidente.

11.2.3. Extingue-se ainda o seguro sem restituição dos prêmios:

a) No final do prazo de vigência, se este não for renovado.

11.3. Os valores devidos a título de devolução do prêmio sujeitam-se à atualização monetária pelo IPCA/IBGE a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento/rescisão, se ocorrer por iniciativa do Segurado, ou da data do efetivo cancelamento/rescisão, se ocorrer por iniciativa da Seguradora.

11.4. No caso de extinção do índice pactuado haverá substituição automática para aplicação do índice IPC/FIPE.

11.5. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

11.6. Na falta de pagamento de parcela posterior a primeira a cobertura será suspensa. Os sinistros ocorridos no período de suspensão não terão cobertura, sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a esse período.

11.7. No caso de contratos com pagamento de prêmio antecipado, a reabilitação do seguro se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento da próxima fatura/parcela, respondendo a Seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

11.8. No caso de seguros com cobrança de prêmio futura, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

12. DIREITO DE ARREPENDIMENTO

12.1. O Segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da assinatura da proposta, sempre que a contratação de fornecimento de produtos e serviços ocorrer fora do estabelecimento comercial, especialmente por telefone ou em domicílio.

12.2. O Segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

12.3. A Seguradora ou o representante de seguros, conforme for o caso, fornecerão ao Segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo obstada, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.

12.4. Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento previsto neste artigo, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item 12.1, serão devolvidos, de imediato.



12.5. A devolução será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios ou formas disponibilizados pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

13. PERDA DE DIREITOS

13.1. O Segurado, seu representante ou seu Corretor de seguros perderá o direito ao capital segurado quando:

- a) Agravar intencionalmente o Risco;**
- b) Fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de contratação ou no valor do prêmio. Neste caso, ficarão obrigados ao pagamento do prêmio vencido;**
- c) Praticar fraude ou tentativa de fraude com o intuito de simular sinistro ou agravar suas consequências.**

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

13.3. Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

- a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo de corrido; ou**
- b) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes.**

13.4. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) Cancelar o seguro, após pagamento do capital segurado, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
- b) Permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para Riscos futuros, mediante acordo entre as partes.**

13.5. Na hipótese de ocorrência do sinistro com pagamento integral do capital segurado:

- a) O seguro será cancelado, após o pagamento deste valor, deduzindo do valor do capital segurado a diferença de prêmio cabível.**

13.6. O Segurado está obrigado a comunicar à sociedade Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

13.7. A não comunicação de circunstâncias que caracterizem o agravamento de risco implicará na perda ao direito do capital segurado contratado, conforme previsto no artigo 769 do Código Civil que dispõe sobre o dever do Segurado comunicar à Seguradora todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o risco.



14. BENEFICIÁRIO

14.1. Na falta de indicação do Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de sucessores legítimos, observada a legislação vigente.

14.2. Na falta das pessoas indicadas no item anterior, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

14.3. É válida a instituição do companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

14.4. Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a cobertura de alguma obrigação, é lícita a substituição do Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

14.5. O Segurado poderá substituir seus Beneficiários, a qualquer tempo, mediante aviso prévio e escrito a Seguradora, sendo certo que nenhuma alteração de Beneficiários terá validade se tais regras não forem observadas.

14.6. Se a Seguradora não for informada oportunamente da substituição de Beneficiários, desobrigar-se-á, pagando o capital segurado aos antigos Beneficiários designados.

14.7. Quando for designado mais de um Beneficiário, o Segurado deverá indicar o percentual da Indenização destinado a cada um deles. Na ausência de distribuição, o pagamento da Indenização será realizado de forma proporcional ao número de Beneficiários.

14.8. Caso um ou mais Beneficiários venham a falecer antes do Segurado, o capital segurado será redistribuído entre os remanescentes em partes proporcionais, observando o percentual indicado de participação de cada um.

14.9. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente o próprio Segurado será o Beneficiário.

14.10. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

14.11. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária de um contrato de seguro de pessoas se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

14.12. Para as Despesas Médico-Hospitalares, o Beneficiário será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das despesas previstas por esta cobertura, mediante apresentação das notas fiscais originais.

15. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

15.1. O Segurado ou seus Beneficiários deverão comunicar a ocorrência do sinistro imediatamente à Seguradora, pelas vias mais rápidas ao seu alcance, sem prejuízo da comunicação por escrito. A comunicação também poderá ser realizada por via digital, para avaliação do pagamento do capital segurado, conforme coberturas contratadas.



15.1.1. Quando o sinistro for comunicado remotamente, deverá constar data, hora, local e causa do sinistro, situação esta que não exonera o Segurado, seu Representante ou seus Beneficiários, da obrigação de apresentar o formulário "Aviso de Sinistro".

15.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:

- a)** Morte Acidental - a data do acidente;
- b)** Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - a data do acidente;
- c)** Despesas Médico - Hospitalares - a data do acidente.

15.3. Fica estabelecido que os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

15.4. O Aviso de Sinistro deverá ser acompanhado, conforme a natureza do evento, dos documentos básicos adiante relacionados.

15.4.1. Em caso de Morte Acidental:

- a)** Comunicado de sinistro com informações médicas, preenchido pelo Beneficiário;
- b)** Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada);
- c)** Certidão de casamento (com data atualizada, ou seja, extraída após o óbito), RG, CPF e comprovante de residência do falecido (cópia simples);
- d)** Declaração de únicos herdeiros, com reconhecimento de firma dos declarantes;
- e)** RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s) (cópia simples). Em se tratando de Beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessária cópia simples do CPF;
- f)** Boletim de Ocorrência Policial (cópia autenticada);
- g)** Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML (cópia autenticada);
- h)** Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento;
- i)** Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais pessoa física para atender a circular 445/2012 em nome de cada Beneficiário.

15.4.2. Em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- a)** Comunicado de Sinistro com informações médicas, preenchido pelo Segurado;
- b)** Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente, com firma reconhecida;
- c)** RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples);
- d)** Atestado de Alta Médica definitiva, informando as sequelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membros lesados, inclusive o percentual (original);
- e)** Resultados de todos os exames realizados pelo Segurado em que sejam demonstradas as lesões de origem traumática;
- f)** Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso (cópia simples);
- g)** Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento;



h) Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais pessoa física para atender a circular 445/2012 em nome do Segurado.

15.4.3. Em Caso de Despesas Médico-Hospitalares e/ou Odontológicas:

- a)** Comunicado de Sinistro com informações médicas, preenchido pelo Segurado;
- b)** RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples);
- c)** Relatório médico de alta definitiva se for necessário;
- d)** Relatório ou Boletim de atendimento médico do hospital ou clínica que atendeu a vítima;
- e)** Recibos de honorários médicos originais;
- f)** Recibos de internação originais;
- g)** Recibos de medicamentos com as respectivas receitas médicas;
- h)** Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso (cópia simples);
- i)** Exames, relatórios e laudos médicos que confirmem o sinistro.

15.5. As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar documentos complementares para análise e elucidação do Sinistro. Quando isso ocorrer, o prazo para liquidação de que trata o subitem anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

15.6. A constatação da cobertura de Invalidez Permanente, conforme definida nesta condição geral, se fará por laudo subscrito por profissional habilitado na especialização da lesão e, se necessário, por perícia a ser realizada na esfera administrativa ou judicial.

15.7. Nos casos em que houver divergência sobre a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, a Seguradora proporá ao Segurado a constituição de junta médica, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação.

15.8. A junta médica será constituída por 3 (três) profissionais habilitados na sua especialização, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. 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.

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

15.9. Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução serão de responsabilidade da Seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.



15.10. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

16. FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

16.1. O capital segurado será em moeda corrente nacional.

16.2. É permitido ao Proponente contratar mais de um seguro, complementar ao primeiro, desde que a soma dos capitais segurados de todos os seguros contratados não exceda ao limite máximo determinado pela Seguradora.

16.3. Para recebimento do capital segurado deverá ser comprovada a ocorrência do Sinistro avisado, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultada à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos relatados no Aviso de Sinistro.

16.4. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

16.5. O capital segurado da Cobertura de Morte Acidental será pago de forma integral, já a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente poderá ser paga de forma integral ou proporcional, dependendo do grau da lesão apurada, conforme tabela para cômputo de invalidez prevista no item 4.2.1 desta condição geral.

16.6. Se o pagamento do capital segurado ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do Sinistro, contados da entrega da documentação constante no item "Ocorrência do Sinistro" desta Condição Geral, aplicar-se-á, desde a data do evento, correção monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado anteriormente à data de sua efetiva liquidação, mais juros de mora de 1,0% (um por cento) ao mês.

16.7. O valor a ser reembolsado ao(s) Segurado(se) para as Despesas Médico Hospitalares, estará limitado ao valor efetivamente gasto, observado o capital segurado vigente na data do evento.

16.8. Cabe ao Segurado a 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.

17. PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO

17.1. Não haverá cobrança de Participação Obrigatória do Segurado independentemente da natureza do sinistro.



18. ÂMBITO GEOGRÁFICO

18.1. O presente seguro cobre sinistros ocorridos em qualquer parte do território nacional, respeitado, em cada caso, o que constar na apólice, como “local do risco”.

19. FORO

19.1. As questões judiciais, entre Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

20. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

20.1. Para as **coberturas de reembolso**, a Seguradora poderá solicitar, quando da assinatura da proposta ou da solicitação de aumento do valor do capital segurado, para efeito de subscrição, informação ao Proponente ou ao Segurado quando há contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes. O Segurado não será obrigado a informar à Seguradora a contratação posterior de outros seguros de pessoas com cobertura concomitantes.

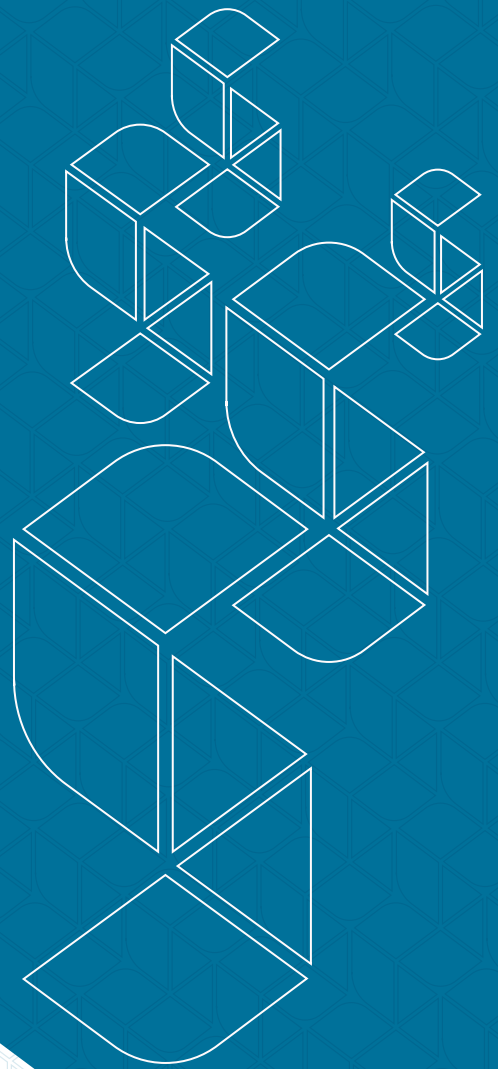
21. CLÁUSULA DE SANÇÕES E EMBARGOS

Fica entendido e acordado que, respeitado todo o conteúdo das Condições Gerais, Coberturas de Seguro, Cláusulas Específicas e Cláusulas Particulares do presente contrato de seguro, a Seguradora suspenderá o pagamento de indenizações devidas nos casos em que o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) ou país(es), estiver(em) inserido(s) em listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate à lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo ou esteja(m) sujeito(s) às sanções previstas na legislação Brasileira ou Internacional, conforme descrito nas listas de embargos e sanções, não se limitando a estas:

- a)** Organização das Nações Unidas - ONU: <https://nacoesunidas.org/conheca/>
- b)** Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>
- c)** Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>
- d)** Gafi – Grupo de Ação Financeira contra Lavagem de Dinheiro e financiamento de Terrorismo: <http://www.fazenda.gov.br/assuntos/prevencao-lavagem-dinheiro/alertas-pl-d-ft>

As listas referidas nas alíneas de a) a d) poderão sofrer atualizações de acordo com seus Órgãos Reguladores. Havendo, em meio a vigência da apólice, a inclusão do Segurado, de seus beneficiários ou país(es) nas listas de embargos e Sanções, as indenizações atreladas a este seguro, estarão suspensas, pelo período em que o Segurado, seus beneficiários ou país(es) estiverem incluídos em Listas de Sanções e Embargos, desde às 24 horas do dia da inclusão até às 24 horas do dia da exclusão ou eventual solução judicial. Ratificam-se os demais Termos, Cláusulas e Condições não modificados por esta Cláusula.





essor 
Seguradora do Grupo SCOR

essor.com.br