

CONDIÇÕES GERAIS

Seguro de Acidentes Pessoais Pessoas Individual – Ramo 1381 Emotion Seguros S.A.

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- o Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- As condições gerais e especiais deste produto protocolizadas pela sociedade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante na Apólice ou no Bilhete de Seguro.
- O Segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão da Apólice ou no Bilhete de Seguro ou do efetivo pagamento da primeira parcela de pagamento do Prêmio, o que ocorrer por último, e poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela Emotion Seguros S.A. A Seguradora, ou seu Representante de Seguros, fornecerão ao Segurado a confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo obstada, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.
- Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento no prazo de 7 (sete) dias, os valores eventualmente pagos serão devolvidos, de imediato, pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do Prêmio, ou de outras formas disponibilizados pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

2. APRESENTAÇÃO

- Apresentamos a seguir as Condições Gerais da Apólice ou do Bilhete de Seguro de Acidentes Pessoais Individual, que estabelecem as normas de funcionamento das Garantias contratadas.
- Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas somente as condições correspondentes às Garantias aqui previstas, contratadas e discriminadas na Apólice ou no Bilhete de Seguro, desprezando-se quaisquer outras.
- Para os casos não previstos nestas condições, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

3. ESTRUTURA DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO

As condições contratuais deste seguro apresentam-se em duas partes assim determinadas: **Condições Gerais e Condições Especiais.**

3.1. Condições Gerais são as cláusulas comuns a todas as Garantias e/ou modalidades deste seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos do Segurado, da Seguradora e dos Beneficiários.

3.2. Condições Especiais são as cláusulas relativas às Garantias deste plano de seguro, onde são descritos os Riscos cobertos e os Riscos Excluídos específicos de cada Garantia.

3.3. Condições Contratuais é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das Condições Gerais, das Condições Especiais e da Apólice ou do Bilhete de Seguro.

4. GLOSSÁRIO

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nestas condições contratuais, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais do Seguro.

4.1. APÓLICE: É o documento enviado pela Seguradora ao Segurado de cada negócio contratado, que discrimina o Capital Segurado, suas Garantias, valores, período de Vigência do seguro, bem como os direitos e deveres das partes contratantes.

4.2. ACIDENTE PESSOAL: o 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 outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez

permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

incluem-se nesse conceito:

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

excluem-se do conceito de ACIDENTE PESSOAL:

- **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico- científica, bem como as suas consequências pós tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- **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.**

4.3. APLICATIVO: é um programa de software presente em celulares Android, iPhone (iOS), e em outros diversos dispositivos inteligentes, como smart TVs. Este Aplicativo é oferecido pela Emotion Seguros S.A., podendo ser obtidos na Apple Store ou na Play Store. Em tal Aplicativo

Produto Acidentes Pessoais – versão: Mar/2023

Processo Sandbox SUSEP – Emotion Seguros S.A.

é que se efetuará a contratação do Apólice ou do Bilhete de Seguro da Seguradora e onde o Segurado fará todo o gerenciamento da sua Apólice ou do seu Bilhete de Seguro contratado. O Segurado também utilizará o Aplicativo para fazer o gerenciamento da sua Apólice ou do seu Bilhete de Seguro, tais como:

- Obtenção de extratos de uso da conta incluindo a movimentação dos Prêmios incorridos;
- Alteração de Beneficiário(s);
- Alteração do Capital Segurado, inclusive podendo zerar o Capital Segurado;
- Pausar o seguro;
- Cancelamento;
- Comunicações com a Seguradora e;
- A troca do meio de pagamento utilizado para a compra do seguro.

4.4. BENEFICIÁRIO: é a pessoa física ou jurídica designada para receber o valor da Indenização, na hipótese de ocorrência do Sinistro.

4.5. BILHETE DE SEGURO: é o documento emitido pela sociedade Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Segurado, substitui a Apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.

4.6. CAPITAL SEGURADO: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, no caso de ocorrência de Sinistro.

4.7. CARÊNCIA: período, contado a partir da data de início de Vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do Sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados.

4.8. CORRETOR DE SEGUROS: Intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a representar os Segurados, angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. Na forma do Decreto Lei no. 73/66 o Corretor de Seguros é responsável pela orientação aos Segurados sobre as coberturas, obrigações e exclusões do Contrato de Seguro.

4.9. DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: é o valor contratado pelo Segurado e definido na Apólice ou Bilhete de Seguro, indenizável em caso de ocorrência comprovada de incapacidade decorrente de Acidente Pessoal coberto.

4.10. DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é o valor escolhido pelo Segurado e definido no Apólice ou Bilhete de Seguro, indenizável em caso de ocorrência comprovada do Sinistro decorrente de Acidente Pessoal coberto.

4.11. DOLO: é um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

4.12. EVENTO COBERTO: é o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a Vigência do seguro e previsto nas Condições Contratuais.

4.13. FRANQUIA: é o período, em dias, contado a partir da data do Evento Coberto, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento da Indenização.

4.14. GARANTIAS: são as obrigações que a Seguradora assume com o Segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto, previsto nestas Condições Contratuais.

4.15. HOSPITAL ou INSTITUIÇÃO HOSPITALAR: é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela Seguradora.

4.16. INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA: é incapacidade caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

4.17. INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: é o afastamento do Segurado de suas atividades por incapacidade decorrente de Acidente Pessoal coberto, e comprovada por determinação médica.

4.18. INDENIZAÇÃO: é o valor a ser pago pela Seguradora ao Segurado, ou a seu(s) Beneficiário(s), quando da ocorrência de um Evento Coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

4.19. INTERNAÇÃO HOSPITALAR: É a permanência, por período mínimo de 24 (doze) horas (comprovada pela cobrança de uma diária hospitalar), em Hospital, em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência.

4.20. MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do Segurado. O Médico Assistente, para efeito de comprovação da cobertura do Sinistro não poderá ser o próprio Segurado, cônjuge, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o Segurado.

4.21. PRÊMIO: é o valor pago à Seguradora para que esta assumira os Riscos Cobertos pelo seguro.

4.22. REPRESENTANTE DE SEGUROS: é a pessoa jurídica que assume a obrigação de promover, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, a realização de contratos de seguro à conta e em nome da Seguradora. O Representante de Seguros não é um Corretor de Seguros.

4.23. RISCO: evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

4.24. RISCO COBERTO: risco previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem a Indenização do seguro.

4.25. RISCOS EXCLUÍDOS: eventos preestabelecidos nas condições gerais e especiais do seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento relativo a estes eventos.

4.26. SEGURADO OU SEGURADO PRINCIPAL: é pessoa física que, tendo interesse segurável, contrata o seguro em seu benefício pessoal.

4.27. SINISTRO: é a ocorrência do Evento Coberto, durante o período de Vigência do seguro.

4.28. UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Terapia Intensiva): é a unidade complexa de um Hospital dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.

4.29. VIGÊNCIA: é o período pelo qual está contratado o seguro.

5. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização ao(s) seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de do Evento Coberto pela(s) Garantia(s) contratada(s), exceto se decorrentes de Riscos ou eventos excluídos, desde que respeitadas às Condições Contratuais.

6. PÚBLICO ALVO

Poderão contratar este plano de seguro as pessoas que, preferencialmente, atenderem as condições abaixo:

- Este seguro destina-se às pessoas físicas que tenham idade mínima de 16 (dezesseis) anos na data da contratação da Apólice ou do Bilhete de Seguro;
- Ser residente no Brasil.

Serão elegíveis a este seguro, as pessoas físicas que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

7. GARANTIAS DO SEGURO

As Garantias passíveis de contratação para este seguro são abaixo mencionadas, e poderão ser de acordo com as conjugações oferecidas pela Seguradora. As Garantias dividem-se em

básica e adicionais, sendo que o Seguro não pode ser contratado sem pelo menos a cobertura básica. As Garantias contratadas estarão definidas na Apólice ou no Bilhete de Seguro.

7.1. Garantia Básica:

- Morte Acidental – MA

7.2. Garantia Adicionais:

- Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
- Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente – DIHA
- Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente – DITA
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente - DMHOA

A Garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

8. RISCOS EXCLUÍDOS:

8.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO SEGURO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:

- a) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado Principal ou dependente, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de qualquer deles;**
- b) suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de Vigência da cobertura;**
- c) epidemia ou pandemia declarada por órgão competente;**
- d) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- e) danos e perdas causados por atos terroristas;**
- f) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- g) acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que manifestado durante a sua Vigência;**
- h) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;**

- i) perda de dentes e danos estéticos;**
- j) tratamento dental ou ortodôntico de qualquer espécie, exceto quando decorrente de Acidente Pessoal coberto;**
- k) cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por Eventos Cobertos pelo seguro;**
- l) tratamento para a obesidade em suas várias formas, incluindo gastroplastia;**
- m) procedimentos e / ou tratamentos de esterilidade, clínico ou cirúrgico, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e de mudança de sexo e suas consequências, incluindo períodos de convalescença a eles relacionados;**
- n) tratamentos para a senilidade, geriatria, rejuvenescimento, descanso, recuperação e suas consequências;**
- o) acidente causado pelo Segurado, cônjuge, parentes ou funcionários na condução, sem habilitação, de veículos automotores, barcos ou aeronaves;**
- p) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Este seguro destina-se apenas a Segurados residentes no Brasil, sendo a abrangência da cobertura aplicada por garantia:

- 9.1. Garantias Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): as coberturas válidas para Sinistros ocorridos em todo o Globo Terrestre, salvo disposição em contrário.
- 9.2. Garantias Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIHA), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHOA): as coberturas válidas para Sinistros ocorridos dentro do território nacional, salvo disposição em contrário.

10. CARÊNCIA

Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá prazo de Carência.

Os eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa estarão sujeitos a um período de Carência de 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação do seguro, da data de sua recondução depois de suspenso, ou de sua alteração caso impliquem em modificações dos riscos originalmente aceitos.

11. FRANQUIA

Haverá Franquia para as Garantias Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIHA) e para Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), sendo os períodos de Franquia estabelecidos nas Condições Especiais de cada Garantia.

Não será estabelecida Franquia para as demais Garantias.

12. CONTRATAÇÃO

A contratação deste seguro se dá por meio da emissão da Apólice ou do Bilhete de Seguro por meios eletrônicos.

Para este seguro, por ser estruturado em regime financeiro de repartição simples, não está prevista a devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.

13. VIGÊNCIA

A Vigência do seguro será de acordo com o especificado na Apólice ou no Bilhete de Seguro.

O período de Vigência do seguro cessa na hora especificada na Apólice ou Bilhete de Seguro no último dia do prazo contratado, ou no decorrer desse período, se ocorrer uma das situações previstas no item 18. destas Condições Gerais, que tratam do cancelamento do seguro.

A Apólice ou Bilhete de Seguro terão seu início na data e hora/minuto/segundo da emissão da Apólice ou Bilhete de Seguro e seu término às 24 horas da data e hora/minuto/segundo para tal fim neles indicada.

14. RENOVAÇÃO

Primeira Renovação: A primeira renovação deste seguro poderá ser feita de forma automática, caso todos os critérios de aceitação da Seguradora sejam cumpridos.

Em havendo a renovação automática da Apólice ou do Bilhete de Seguro, ela somente ocorrerá uma única vez.

Na desistência pela renovação automática, o Segurado deverá comunicar expressamente sua decisão à Seguradora e/ou Representante de Seguros e/ou Corretor de Seguros com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias do vencimento deste seguro.

Todas as renovações subsequentes observarão os procedimentos habituais de aceitação de risco, conforme disposto no item 13.5.

Demais Renovações: A Seguradora informará ao Segurado, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias do vencimento do seguro, sobre a sua renovação.

A renovação do seguro será efetivada após a concordância do Segurado com a proposta de atualização previamente enviada, ou na hipótese do Segurado não se manifestar até o início do novo contrato, visando garantir a cobertura do seguro ao Segurado.

No caso de débito em conta corrente ou cartão de crédito, o Prêmio será restituído devidamente corrigido desde o início de Vigência se o Segurado comprovar que a Seguradora não esteve sujeita a quaisquer Riscos previstos no seguro.

15. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado é o valor que corresponde à importância máxima vigente na data do evento a ser paga pela Seguradora, na ocorrência de Evento Coberto, e será expresso em moeda corrente nacional.

Para as Garantias Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIHA) e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), o valor do Capital Segurado serão estabelecidos sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo Segurado.

Os valores de Capital Segurado constarão da Apólice ou do Bilhete de Seguro, respeitando os limites máximos individuais vigentes nas normas que regulamentam o Edital Eletrônico No. 1 de 2020/SUSEP – Sandbox Regulatório.

16. ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

Os valores de Capitais Segurados e Prêmios, mencionados nas condições contratuais e referentes às Garantias contratadas pelo Segurado, serão atualizados anualmente, com base na variação acumulada do índice IPCA/IBGE, ocorrida entre o 14º e o 2º mês anterior ao mês do reajuste.

Adicionalmente, quando a periodicidade de pagamento do Prêmio for anual, os Capitais Segurados serão atualizados pelo IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do Prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

17. PAGAMENTO DE PRÊMIO

O pagamento do Prêmio do seguro será efetuado mensalmente, conforme as opções de cobranças estabelecidas oferecidas ao Segurado no Aplicativo da Seguradora.

O Prêmio do seguro será a soma de todos os Prêmios calculados por segundo durante o período de Vigência mensal do seguro, respeitando-se os capitais que o Segurado optar no Aplicativo da Seguradora durante a Vigência.

No caso das demais parcelas, decorrido o prazo de pagamento da parcela sem que tenha sido quitado o respectivo débito ou documento de cobrança, a garantia do seguro será automaticamente suspensa pelo período de atraso, até um período máximo de 60 (sessenta) dias, sendo cancelado o Prêmio correspondente ao período da suspensão. Se ocorrer um Sinistro, o Segurado e/ou Beneficiários ficarão sem direito a receber Indenização por quaisquer das Garantias contratadas.

Findo o prazo de suspensão sem que seja retomado o pagamento do Prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do seguro.

A reabilitação do seguro se dará a partir da data e hora, minutos e segundos da aprovação do pagamento efetuado pelo Segurado, respondendo a Seguradora, nesta hipótese, por todos os Sinistros ocorridos a partir de então.

No caso de recebimento indevido de Prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos às atualizações monetárias a partir da data de recebimento, até a data da devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE.

Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de Prêmio ao Segurado, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de Vigência inicial do seguro, quando será devolvido o Prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.

Os tributos incidentes sobre o valor do Prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar, não podendo haver estipulação expressa.

18. CANCELAMENTO DO SEGURO

- O seguro poderá ser cancelado a qualquer tempo, mediante o Aplicativo utilizado para a contratação do seguro, para contratações individuais e direto com a seguradora, para contratações via empresa.
- A cobrança de Prêmios será suspensa. A soma de Prêmio devido ao será calculado a partir do primeiro segundo referente ao último pagamento efetuado até o momento que o Segurado solicitou o cancelamento.

- O seguro não poderá ser cancelado durante a sua Vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- A cobertura de cada Segurado termina automaticamente:
 - No final do prazo de Vigência do seguro, respeitado o período correspondente ao Prêmio integralmente pago, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos Prêmios pagos;
 - Em caso de cancelamento do seguro, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Gerais;
 - Com o falecimento do Segurado;
 - Em caso de pagamento de Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente;
 - Mediante solicitação do Segurado;
 - Na data em que o Segurado perder seus direitos de acordo com a cláusula 22 destas Condições Gerais.

19. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Ocorrendo o Evento Coberto, ele deverá ser comunicado pelo Segurado ou Beneficiário ou seu representante.

Para o Aviso de Sinistro, o Segurado e/ou Beneficiário, deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

a) Do Segurado:

- Documento de identificação;
- Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora).

b) Do(s) Beneficiário(s):

- Documento de identificação, sendo que:
 - Filhos ou Beneficiários com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;

- Filhos ou Beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.
- Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora).
- Autorização para crédito de pagamento em conta corrente, de apresentação facultativa, para os casos de opção por esta forma de recebimento da Indenização (formulário fornecido pela Seguradora).

Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.

Para a identificação do(s) Beneficiário(s) será(ão) aceito(s) a cédula de identidade (RG), a carteira de trabalho, a certidão de nascimento, a certidão de casamento ou outros documentos oficiais de identificação que possuam validade no território nacional.

A Seguradora fornecerá um protocolo atestando o efetivo recebimento da documentação comprobatória do Evento Coberto, com indicação de data e hora.

20. JUNTA MÉDICA

Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

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

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

21.1. Todas as despesas com a comprovação do Sinistro correm por conta do Segurado e/ou Beneficiário, com exceção dos exames solicitados pela Seguradora, ou de providências por esta determinadas.

21.2. Todos os pagamentos de indenizações referentes a esse seguro serão efetuados no Brasil, em moeda nacional e na forma de parcela única.

21.3. A Seguradora após receber o aviso de Sinistro e os respectivos documentos, verificará se o evento ocorrido é um Risco Coberto e, portanto, se o Beneficiário tem direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da Indenização, sob a forma de parcela única.

21.4. Para efeito de cálculo da Indenização e da responsabilidade da Seguradora, considera-se como data do Acidente.

21.5. O prazo para o pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos nestas Condições Gerais e Especiais.

21.6. A solicitação de qualquer documento comprobatório adicional por parte da sociedade Seguradora, além daqueles definidos neste item, deverá estar acompanhada de justificativa fundamentada e ocorrer dentro do prazo máximo para pagamento da Indenização.

21.7. A contagem do prazo para pagamento da Indenização mencionado no item 21.5 acima poderá ser interrompido uma única vez para a solicitação da documentação complementar a que se refere o item 21.6 acima e voltará a correr na data do seu recebimento pela Seguradora.

21.8. Se este prazo não for cumprido, o valor da Indenização estará sujeito à aplicação de juros de mora equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da Indenização, sem prejuízo de sua atualização.

21.9. Os valores das indenizações de Sinistros ficam sujeitos à atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, quando a Seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da Indenização.

21.10. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

21.11. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

21.12. Caso a cobertura prevista por este seguro se extinguir pela ocorrência de um eventual Sinistro, e havendo cobrança e/ou pagamento de Prêmio após a data de aviso do Sinistro, os valores de Prêmios pagos serão devolvidos devidamente atualizados pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

21.13. Detalhes específicos sobre Sinistros, por tipo de ocorrência, estão definidos nas Condições Especiais das Garantias contratadas.

22. PERDA DE DIREITOS

O Segurado perderá o direito a qualquer Indenização decorrente do presente seguro quando:

- Deixar de cumprir as obrigações convencionadas nas condições gerais e especiais do seguro;
- Agravar intencionalmente o Risco segurado;
- Por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua Vigência, ou ainda para obter ou majorar a Indenização, o Segurado, seus propositos ou seus Beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e/ou seu representante legal procurar obter benefícios do presente seguro;
- Fizer declarações inexatas, por si ou por seu representante, ou seu Corretor de Seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do Prêmio, ficando prejudicado o direito à Indenização, além de estar obrigado ao pagamento Prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá na hipótese de não ocorrência do Sinistro: cancelar o seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível;
- Deixar de comunicar imediatamente à 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;
- O Sinistro decorrer de Dolo do Segurado, má fé, fraude e/ou simulação.

A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do Risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

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

Na hipótese de continuidade do seguro, a Seguradora poderá cobrar a diferença de Prêmio cabível.

23. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

A indicação de Beneficiários é de livre escolha do Segurado, que poderá informá-los no ato da contratação indicando o nome e o grau de parentesco. A qualquer tempo, o Segurado/participante poderá alterar o(s) Beneficiário(s) indicado(s), através do Aplicativo da Seguradora utilizado para a contratação do Seguro.

Quando for designado mais de um Beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da Indenização destinado a cada um.

Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.

Caso o Segurado não preencha o campo relativo ao Beneficiário, a Indenização será paga aos herdeiros legais na ordem estabelecida pelo Art. 1.829 do Código Civil.

24. CANAL DE DISTRIBUIÇÃO

O seguro será comercializado por Venda Direta feita pelo Aplicativo da Seguradora, Representante de Seguros ou Corretores de Seguros.

25. COMUNICAÇÕES

As comunicações do Segurado deverão ser feitas sempre através do Aplicativo de contratação da Seguradora na área do Segurado destinada para tal e/ outros canais disponibilizados pela Seguradora.

As comunicações feitas à Seguradora pelo Representante de Seguros ou Corretor de Seguros, em nome do Segurado, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do Segurado.

26. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

27. OUVIDORIA

A Emotion Seguros S.A. está comprometida em sempre oferecer o melhor nível de serviço aos seus clientes.

Assim, colocamos à sua disposição a Ouvidoria Emotion Seguros S.A., um canal que atende as manifestações registradas sob a forma de reclamações, denúncias, sugestões, críticas e elogios.

A indicação da Ouvidoria se dá para casos em que os clientes não encontrem solução satisfatória apresentada ao contatar o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) e possuam o número de protocolo recebido.



Você pode contatar a Ouvidoria Emotion Seguros S.A. por:

Site: www.emotionseguros.com.br

Email: ouvidoria@emotionseguros.com.br

28. FORO

Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Seguro de Acidentes Pessoais

Pessoas Individual – Ramo 1381

Emotion Seguros S.A.

CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental consiste no pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) na Apólice ou no Bilhete de Seguro, de uma única vez, em caso de falecimento do Segurado em decorrência de Acidente Pessoal coberto ocorrido durante o período de Vigência do seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os Riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta Garantia:

- a) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de Acidente Pessoal coberto;**
- b) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de Acidente coberto;**
- c) Acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua Vigência; e**
- d) cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por Acidente Pessoal coberto.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) Beneficiário(s) do Segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 19 das Condições Gerais do seguro:

- Certidão de óbito do Segurado;
- Boletim de ocorrência policial, se for o caso; e
- Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do Sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado.
- Laudo médico com detalhes da lesão e exames que comprovam a gravidade da lesão.

As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total não se acumulam. Se depois de paga uma Indenização por Invalidez Permanente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo Acidente, a Seguradora pagará a Indenização devida para a Garantia de Morte Acidental, deduzida da importância já paga por invalidez permanente.

CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

Garante ao próprio Segurado, em caso de invalidez permanente total, o pagamento de uma Indenização relativa à perda ou impotência funcional definitiva e total, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal coberto ocorrido durante o período de Vigência do seguro, limitado ao Capital Segurado contratado.

- a) Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a Invalidez permanente total quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará, ao próprio Segurado, uma Indenização de acordo com os percentuais, sobre o Capital Segurado vigente no dia do Acidente, estabelecidos na Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente apresentada abaixo:

	Discriminação	Percentual sobre o 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%

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

Nos casos de perda parcial ou redução de funções de membros e/ou órgãos, sem abolirlos por completo, não haverá Indenização a ser paga, pois esta garantia limita-se a riscos de Invalidez Permanente e Total por Acidente.

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

O pagamento do Capital Segurado referente a esta Garantia, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela Seguradora.

Quando for devida a Indenização por invalidez permanente total, o Seguro será imediatamente cancelado, não havendo direito ao pagamento de Indenização por morte (caso contratada a cobertura), mesmo que o Segurado venha a falecer após a sua Invalidez Total Permanente por Acidente.

A Garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os Riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta Garantia:

- a) as intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de Acidente coberto;**
- b) as doenças profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por Acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**
- c) invalidezes parciais ou qualquer tipo de invalidez permanente não previstas na Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente apresentada na clausula 1 destas Condições Especiais.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) Beneficiário(s) do Segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 19 das Condições Gerais do seguro:

- Certidão de Ocorrência emitida pela autoridade competente local, comprovando a ocorrência do Acidente coberto;
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcólica e/ou Toxicológico (se realizado);
- Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho, quando for o caso (contendo o carimbo oficial do INSS);
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e com veículo dirigido pelo Segurado;
- Relatório do Médico Assistente, com firma reconhecida, informando detalhadamente:
 - Diagnóstico;
 - Alta Definitiva;
 - Tratamento realizado;
 - Grau de invalidez;
 - Reconhecimento do estado de Invalidez Permanente Total.
- Radiografias e quaisquer outros exames médicos que tenham sido realizados.

A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do Sinistro, para sua completa liquidação.

Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da Seguradora, sendo estas despesas custeadas pela própria Seguradora.

CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

Garante ao próprio Segurado, em caso de invalidez permanente, o pagamento de uma Indenização relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de Vigência do seguro, limitado ao Capital Segurado contratado.

- a) Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a Invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará, ao próprio Segurado, uma Indenização de acordo com os percentuais, sobre o Capital Segurado vigente no dia do Acidente, estabelecidos na Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente apresentada abaixo:

	Discriminação	Percentual sobre o 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%

	Discriminação	Percentual sobre o Capital Segurado
Invalidez Permanente Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30%
	Perda total da visão de um olho quando o segurado já 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 (mandíbula)	20%
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20%
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25%

	Discriminação	Percentual sobre o Capital Segurado
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	Percentual sobre o Capital Segurado
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 tíbios-peroneiros	25%
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10%
	Amputação de qualquer outro dedo	3%
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros: de 5 (cinco) centímetros ou mais	15%
	Encurtamento de um dos membros: de 4 (quatro) centímetros	10%
Encurtamento de um dos membros: de 3 (três) centímetros	6%	
Encurtamento de um dos membros: menos de 3 (três) centímetros	não há indenização	

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na Tabela para Cálculo da Indenização para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo informado o grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a Indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

Nos casos não especificados na Tabela para Cálculo da Indenização, a Indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

Quando do mesmo Acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a da Indenização prevista para sua perda total.

Para efeito de Indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão que já não tinha a sua capacidade plena antes do Acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à Indenização por invalidez permanente.

Em caso de ocorrência de Sinistro e pagamento de Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, ou seja, uma invalidez avaliada em um grau de 100%, o Seguro será automaticamente cancelado.

Se, depois de paga Indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo Acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por morte, se contratada esta cobertura.

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

O pagamento do Capital Segurado referente a esta Garantia, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela Seguradora.

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os Riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta Garantia:

a) as intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de Acidente coberto;

- b) as doenças profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por Acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**
- c) lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de Vigência do contrato de seguro, ou da sua recondução depois de suspenso.**
- d) invalidezes parciais ou qualquer tipo de invalidez permanente não previstas na Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente apresentada na cláusula 1 destas Condições Especiais.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) Beneficiário(s) do Segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 19 das Condições Gerais do seguro:

- Certidão de Ocorrência emitida pela autoridade competente local, comprovando a ocorrência do Acidente coberto;
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcólica e/ou Toxicológico (se realizado);
- Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho, quando for o caso (contendo o carimbo oficial do INSS);
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e com veículo dirigido pelo Segurado;
- Relatório do Médico Assistente, com firma reconhecida, informando detalhadamente:
 - Diagnóstico;
 - Alta Definitiva;
 - Tratamento realizado;
 - Grau de invalidez;
 - Reconhecimento do estado de Invalidez Permanente Total ou Parcial.
- Radiografias e quaisquer outros exames médicos que tenham sido realizados.

A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do Sinistro, para sua completa liquidação.

Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da Seguradora, sendo estas despesas custeadas pela própria Seguradora.

CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE

1. OBJETIVO

Garante, ao próprio Segurado, o pagamento de uma Indenização correspondente ao período de Internação Hospitalar do Segurado, limitado ao número máximo de diárias e ao valor da diária contratada para esta Garantia, causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto e ocorrido durante o período de Vigência do seguro, observado o período de Franquia.

Limite de diárias: A quantidade de diárias contratadas será definida nas Condições Contratuais e é limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de Vigência do Seguro, respeitado o prazo de Franquia previsto para esta Garantia. A contagem do período indenizável se inicia após o término do período de Franquia. O número de diárias indenizadas não poderá ser superior a quantidade contratada, independentemente do número de acidentes ocorridos.

A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no seguro.

2. FRANQUIA

O período de Franquia será definido nas Condições Contratuais e é limitada a, no máximo, 72 (setenta e duas) horas de Internação Hospitalar, ou seja, somente estarão cobertas pelo Seguro as Internações Hospitalares efetivadas a partir do período seguinte ao término da Franquia.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os Riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta Garantia:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) hospitalizações para exames de rotina/check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- d) Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;
- e) Tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);
- f) Tratamento para esterilização, fertilização, mudança de sexo, de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades, inclusive gastroplastia redutora, tratamento estético, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;

- g) Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;**
- h) Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;**
- i) Internação domiciliar;**
- j) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por Eventos Cobertos pelo seguro;**
- k) Cirurgia para correção de miopia (ceratotomia);**
- l) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;**
- m) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- n) quaisquer perturbações, intoxicações alimentares de qualquer espécie, intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, doenças psiquiátricas e mentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, exceto os eventos decorrentes de atos praticados pelo Segurado em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas, ou quando essas substâncias tiverem sido prescritas por um profissional Médico habilitado e consumidas de acordo com tal prescrição.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) Beneficiário(s) do Segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 19 das Condições Gerais do seguro:

- Documentação original comprobatória, para fins legais, da internação fornecida pela Instituição Hospitalar, na qual deverá constar o nome do Segurado, detalhe do atendimento, data da internação e da alta médica, motivo da internação, descrição do procedimento, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;
- Relatório detalhado do Médico Assistente, profissional legalmente habilitado (Médico) que atendeu o Segurado, atestando o tratamento realizado;
- Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável.

A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do Sinistro, para sua completa liquidação.

Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da Seguradora, sendo estas despesas custeadas pela própria Seguradora.

CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

Garante, ao próprio Segurado, o pagamento de uma Indenização correspondente a diárias, preestabelecidas e contratadas, em caso de seu afastamento causado exclusivamente por Acidente Pessoal, ocorrido durante a Vigência do seguro, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária de exercer sua atividade profissional por um período superior e ininterrupto de no mínimo 15 (quinze) dias, ou outro prazo superior a esse, de acordo com o determinado no contrato, mediante comprovação através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (Médico), exames laboratoriais e laudos de exames especializados que comprovem a Incapacidade Temporária, reconhecidos pela Seguradora, obedecendo o limite de diárias e valor de diárias a serem estabelecidos no contrato.

Limite de diárias: A quantidade de diárias contratadas será definida nas Condições Contratuais e é limitada a, no máximo, 180 (cento e oitenta) diárias por evento e ano de Vigência do Seguro, respeitado o prazo de Franquia previsto para esta Garantia.

O número de diárias indenizadas não poderá ser superior a quantidade contratada, independentemente do número de acidentes ocorridos.

2. FRANQUIA

O período de Franquia será de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento da atividade profissional do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento. Os pagamentos de diárias de Incapacidade Temporária por Acidente serão devidos a partir do primeiro dia após o término do prazo de Franquia do seguro, observado o limite contratual máximo por evento fixado no contrato.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os Riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta Garantia:

- a) qualquer Acidente que impossibilite o Segurado de exercer sua profissão ou ocupação por um período inferior ao estipulado como Franquia;
- b) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- c) aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- d) hospitalizações para exames de rotina/check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- e) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por Eventos Cobertos pelo seguro;

- f) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- g) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- h) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- i) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a contratação deste seguro, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;
- j) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- k) luxações redicivantes de qualquer articulação;
- l) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- m) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;
- n) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós laminectomia, degenerativas e protusões discais degenerativas;
- o) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- p) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.
- q) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- r) doenças ocupacionais e profissionais, incluindo Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.);
- s) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condição de veículo automotor;
- t) Acidente Vascular Cerebral;
- u) todo e qualquer tipo de dano estético, ainda que decorrente de Acidente coberto;
- v) perda de dentes, ainda que decorrente de Acidente coberto;
- w) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela Apólice de seguro vigente.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) Beneficiário(s) do Segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 19 das Condições Gerais do seguro:

- Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (Médico) que atendeu o Segurado na data do evento;
- Resultados dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias etc. – laudos e imagens) que comprovem a Incapacidade Física Total e Temporária;
- Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável;
- Cópia autenticada de comprovante de exercício de atividade profissional.



A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do Sinistro, para sua completa liquidação.

Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da Seguradora, sendo estas despesas custeadas pela própria Seguradora.

CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

Garante, ao próprio Segurado, em caso de Acidente coberto, o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, incorridas com o seu tratamento, sob orientação médica, necessário para o restabelecimento do Segurado, e desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do Acidente Pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de Vigência do seguro.

A seguradora indenizará as despesas médicas, hospitalares e odontológicas por Acidente incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado, até o Capital Segurado contrato para esta cobertura, observados os seguintes critérios:

- a)** Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados;
- b)** A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os Riscos e eventos mencionados nos itens 8 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura desta Garantia:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- b) aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;**
- c) as doenças (incluídas as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite etc), 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;**
- d) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de Acidente coberto;**
- e) micro-traumas: significam os micro-traumatismos que paulatinamente levam à invalidez permanente. São também chamados micro-traumas laborativos ou doenças profissionais;**
- f) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por Eventos Cobertos pelo seguro;**
- g) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) Beneficiário(s) do Segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 19 das Condições Gerais do seguro:

- Declaração da Instituição Hospitalar ou relatório médico original emitido pelo profissional legalmente habilitado (Médico) que atendeu o Segurado na data do evento, constando: nome do Segurado, detalhe do atendimento, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do Médico;
- Certidão de Ocorrência emitida pela autoridade competente local, comprovando a ocorrência do Acidente coberto;
- Relatório detalhado do Médico Assistente atestando o tratamento realizado;
- Notas Fiscais e recibos originais referentes aos pagamentos efetuados com as despesas médico-hospitalares e odontológicas;
- Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;
- Receituários Médicos com as respectivas Notas Fiscais e recibos originais, referentes as despesas efetuadas com medicamentos prescritos pelo médico em virtude das lesões provocadas pelo Acidente.

A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do Sinistro, para sua completa liquidação.

Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da Seguradora, sendo estas despesas custeadas pela própria Seguradora.