SEGURO ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

ITAÚ SEGUROS S.A.

PROCESSO SUSEP: 15414.900501/2017-50

Sumário

I. CONDIÇÕES GERAIS....4
1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES....4
2. APRESENTAÇÃO....4
3. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO....4
4. GLOSSÁRIO....5
5. OBJETIVO DO SEGURO....9
6. COBERTURAS DO SEGURO....9
7. RISCOS COBERTOS....9
8. RISCOS/EVENTOS EXCLUÍDOS:....10
9. PERDA DE DIREITOS....11
10. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA....13
11. DOCUMENTOS DO SEGURO....13
12. CARÊNCIA E FRANQUIA....14
13. CONTRATAÇÃO....14
14. ACEITAÇÃO DO SEGURO....15
15. VIGÊNCIA....16
16. RENOVAÇÃO....16
17. CAPITAL SEGURADO....17
18. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO....17
19. PAGAMENTO DE PRÊMIO....18
20. CANCELAMENTO DA APÓLICE OU CERTIFICADO....18
21. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO....20
22. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO....23
23. JUNTA MÉDICA....24
24. PERÍCIA DA SEGURADORA....24
25. PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS....25
26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE....25
27. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA....27
28. REMUNERAÇÃO DO ESTIPULANTE....27
29. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA....27

30. COMUNICAÇÕES....28
31. PRESCRIÇÃO....28
32. OUVIDORIA....28
33. SOLUÇÃO DE CONFLITOS....29
34. FORO....29
35. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS....30
II. CONDIÇÕES ESPECIAIS....32
1. COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME....32
1. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME....33
3.COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME....35

I. CONDIÇÕES GERAIS

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1.1. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.

1.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

1.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

1.4. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

2. APRESENTAÇÃO

2.1. Apresentamos a seguir as Condições Contratuais do seu Seguro, que estabelecem as normas de funcionamento das coberturas contratadas.

2.2. Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas previstas, contratadas e discriminadas na página de declarações da apólice/certificado, desprezando-se quaisquer outras.

2.3. Ao contratar o seguro, o Segurado ou Estipulante aceita explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Contratuais.

2.4. Para os casos não previstos nestas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

3. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO

As condições contratuais deste seguro apresentam-se em partes assim denominadas:

3.1. **CONDIÇÕES CONTRATUAIS:** É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

3.1.1. Este contrato de seguro é subdividido em Condições Gerais e Condições Especiais que são partes integrantes das Condições Contratuais.

3.2. **CONDIÇÕES GERAIS:** É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

3.3. **CONDIÇÕES ESPECIAIS:** É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

4. GLOSSÁRIO

4.1. Para facilitar a compreensão da linguagem utilizada, incluímos as definições abaixo:

ACEITAÇÃO: Ato de aprovação da proposta de adesão/seguro pela Seguradora.

ACIDENTE PESSOAL: É 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:

a) Incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor (artigo 798 do Código Civil brasileiro - determina que o beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso);

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

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

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

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

b) Excluem-se desse conceito:

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

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

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

b.4) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definida nestas Condições Contratuais.**

APÓLICE: Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

AVISO DE SINISTRO: Comunicação específica de um evento, que o segurado, estipulante ou o beneficiário é obrigado a fazer à seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência de um evento coberto pela Apólice.

BENEFICIÁRIO: Pessoa física ou jurídica designada para receber o valor dos capitais segurados, de acordo com a cobertura pleiteada, na hipótese de ocorrência de evento coberto pela Apólice.

BOA FÉ: Indispensável que haja confiança mútua entre todas as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de **seguro.**

CAPITAL SEGURADO: Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, conforme estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data de ocorrência de evento coberto pela Apólice.

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.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: Documento emitido pela Seguradora e destinado ao segurado, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

COBERTURAS: Obrigações que a Seguradora assume com o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto pela Apólice, desde que constante do Certificado Individual.

CONDIÇÃO PREEXISTENTE: Condição para a qual os sintomas sejam de conhecimento do segurado na data da contratação do seguro, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares ou por exames diagnósticos comprobatórios, e não declarada na proposta de adesão.

CORRETOR: Pessoa física ou jurídica legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro.

CRIME: Para efeito deste seguro, é a violação à lei penal que cause danos corporal a pessoa segurada, em consonância com o conceito de acidente pessoal, e de obrigatória comunicação à autoridade policial.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE E ATIVIDADE (DSA): É o formulário no qual o proponente do seguro, presta as informações sobre a sua atividade e seu estado de saúde, substituindo o exame médico, e por elas se responsabiliza, sob as penas previstas no Código Civil.

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

DEPENDENTES: São o cônjuge ou companheiro (a), os filhos, os enteados, desde que sejam menores e considerados dependentes do segurado, de acordo com a legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, quando incluídos no seguro e desde que não estejam relacionados como segurados.

DOENÇAS, LESÕES OU ACIDENTES PREEXISTENTES: É a doença, lesão, sintomas ou sinais de conhecimento do segurado, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares ou por exames diagnósticos comprobatórios, inclusive as congênitas e as lesões decorrente de acidentes pessoais sofridos antes da adesão ao seguro, e não declarada na proposta de adesão ou no momento da contratação do seguro.

DOLO: Ato intencional e consciente com a finalidade de conseguir vantagem proibida em lei (ilícita) em proveito próprio ou alheio.

ENDOSSO: Documento que formaliza qualquer alteração no certificado individual.

ESTIPULANTE: Pessoa física ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investida dos poderes de representação dos segurados perante a seguradora.

EVENTO PRAZO CURTO: É o evento realizado pelo estipulante, por prazo curto e determinado, com local definido e para o qual a cobertura do seguro é contratada.

FRANQUIA: Período mínimo, ininterrupto, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o evento deve perdurar, para que o segurado possa pleitear o capital segurado da cobertura para a qual foi estabelecida a franquia. A franquia é deduzida por cada evento.

GRUPO SEGURADO: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

HOSPITAL: É o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, 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, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora.

INDENIZAÇÃO: 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.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: Data a partir da qual as coberturas propostas serão garantidas pela seguradora.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Situação pela qual uma pessoa pode passar, que por sua gravidade ou complexidade exija tratamento clínico ou cirúrgico em dependências hospitalares.

IPCA: Índice de Preços ao Consumidor Amplo, publicado pelo IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

MÉDICO: Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que esteja assistindo o segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. **Não serão aceitos como médico, para fins deste seguro, o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

MEIOS REMOTOS: São aqueles que permitem a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

PERÍODO DE COBERTURA: Período durante o qual o segurado ou seus beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

PRÊMIO: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

PROPONENTE: Pessoa física interessada em aderir ao contrato coletivo, que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de segurado somente após a sua aceitação pela seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

PROPOSTA DE ADESÃO: Documento que contém os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: Documento mediante o qual o estipulante expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as coberturas e capitais segurados propostos e manifestando pleno conhecimento e concordância com os termos estabelecidos nas condições contratuais.

RISCO COBERTO: Risco amparado pelo certificado individual em vigor e em consonância com todas as suas cláusulas.

RISCOS/EVENTOS EXCLUÍDOS: Riscos que não estão cobertos pelo certificado individual em vigor, conforme previsto nas Condições Contratuais.

SEGURADO: Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

SEGURADORA: Empresa legalmente constituída para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos contratos de seguro, e responsável pelo pagamento da cobertura nos termos contratados.

SINISTRO/EVENTO COBERTO: Ocorrência de acontecimentos de natureza súbita, involuntária e imprevista, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas Condições Contratuais

VIGÊNCIA: Período fixado para validade do seguro.

5. OBJETIVO DO SEGURO

5.1 Este seguro tem por objetivo indenizar o segurado ou seu(s) beneficiário(s), na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

6. COBERTURAS DO SEGURO

6.1. Este seguro oferece o total de 3 (três) coberturas:

6.1.1. Morte Acidental em Consequência de Crime – MAC
6.1.2. Invalidez Permanente Total por Acidente em Consequência de Crime - IPTAC
6.1.3. Diária por Internação Hospitalar por Acidente em Consequência de Crime - DHAC

6.2. Condições para contratação das coberturas:

a) As coberturas são livremente escolhidas pelo estipulante, observados os limites estabelecidos para a contratação;

b) A cobertura de Morte Acidental em Consequência de Crime é de **contratação obrigatória**;

c) As coberturas, quaisquer que sejam, serão concedidas para todo o grupo segurado, de acordo com o plano de seguro contratado.

6.3. As coberturas e os planos escolhidos pelo estipulante serão definidos nas Condições Contratuais da apólice.

7. RISCOS COBERTOS

7.1. Este seguro oferece cobertura para os riscos definidos como cobertos nas Condições Especiais, que fazem parte integrante e inseparável do contrato de seguro.

8. RISCOS/EVENTOS EXCLUÍDOS:

8.1. Além dos riscos/eventos excluídos especificamente descritos em cada condição especial de cobertura, este seguro não cobre os eventos ocorridos em consequência de:

a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) Invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Doença, lesão, acidente ou condição de conhecimento do segurado e não declaradas na Proposta, que contribuam na caracterização de um evento previsto nestas Condições Gerais;

d) Suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso;

e) Atos ilícitos dolosos ou contrários à lei praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro; nos seguros contratados por pessoa jurídica, são excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes;

f) Epidemias e pandemias declaradas pelo órgão competente;

g) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, do(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

h) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

i) Procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;

j) Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Tendinite, Sinovite, Tenossinovite, Artrite, Dormio Facial,

Cerviobraquialgia e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados a Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT);

k) Não obstante o que em contrário possam dispor as Condições Gerais do presente seguro, fica entendido e concordado que, para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causados 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;

l) Acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;

m) Acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas consequências e/ou efeitos se manifestem durante a sua vigência;

n) Mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa, ressalvado o suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 anos de vigência inicial do contrato, ou de sua recondução depois de suspenso;

o) Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido na cláusula 4 destas Condições Gerais;

p) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;

q) Perda de dentes e danos estéticos.

r) Viagens, como passageiro ou tripulante, em aeronaves ou embarcações que não possuam, em vigor, autorização das autoridades competentes para voar ou navegar;

s) Doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas diretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível.

t) Se for verificada inexatidão ou omissão nas declarações constantes da proposta do seguro que possa influir na aceitação da proposta ou precificação do risco, ressalvados os casos em que não haja má-fé;

u) Se houver descumprimento de obrigações prevista em lei ou neste contrato.

9. PERDA DE DIREITOS

9.1 O SEGURADO PERDERÁ O DIREITO A QUALQUER INDENIZAÇÃO DECORRENTE DESTE SEGURO:

a) DEIXAR DE CUMPRIR AS OBRIGAÇÕES CONVENCIONADAS NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS;

b) O SINISTRO DECORRER DE CULPA GRAVE EQUIPARÁVEL AO DOLO OU DOLO DO SEGURADO, MÁ FÉ, FRAUDE OU SIMULAÇÃO;

c) POR QUALQUER MEIO ILÍCITO, PROCURAR OBTER BENEFÍCIOS DO PRESENTE SEGURO;

d) ESTIVER INADIMPLENTE NA DATA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO;

e) FIZER DECLARAÇÕES INEXATAS, POR SI OU POR SEU REPRESENTANTE, OU SEU CORRETOR DE SEGUROS, OU OMITIR CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO, FICANDO PREJUDICADO O DIREITO À INDENIZAÇÃO, ALÉM DE ESTAR OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO.

f) SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO SEGURADO, A SEGURADORA PODERÁ:

(i) NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO: CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO, OU PERMITIR, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU, RESTRINGIR A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS;

(ii) NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO, SEM INDENIZAÇÃO INTEGRAL: CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO, OU, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU DEDUZINDO-A DO VALOR A SER INDENIZADO, OU, RESTRINGIR A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS;

(iii) NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM INDENIZAÇÃO INTEGRAL: CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, DEDUZINDO, DO VALOR A SER INDENIZADO, A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

g) VIER A AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO OBJETO DO SEGURO;

h) DEIXAR DE COMUNICAR IMEDIATAMENTE À SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, QUALQUER FATO SUSCETÍVEL DE AGRAVAR O RISCO COBERTO, SE FICAR COMPROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ.

h.1. 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 OU COBRAR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

h.2. 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. APÓS ESTA DATA, O SEGURADO DEVERÁ SOLICITAR O CANCELAMENTO ATÉ 30 (TRINTA) DIAS ANTES DA PRÓXIMA DATA DE VENCIMENTO, PARA SUSPENDER AS PRÓXIMAS COBRANÇAS;

i) DEIXAR DE PARTICIPAR O SINISTRO À SEGURADORA, TÃO LOGO TOME CONHECIMENTO, E NÃO ADOTAR AS PROVIDÊNCIAS IMEDIATAS PARA MINORAR SUAS CONSEQUÊNCIAS.

9.2 NA HIPÓTESE DE CONTINUIDADE DO SEGURO, A SOCIEDADE SEGURADORA PODERÁ COBRAR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

10.1. A cobertura de Morte Acidental em Consequência de Crime é válida em todo o globo terrestre.

10.2. A cobertura de Invalidez Permanente Total em Consequência de Crime é válida somente para o diagnóstico da invalidez em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

10.3. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente em Consequência de Crime é válida somente para a internação em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

11. DOCUMENTOS DO SEGURO

11.1. São documentos do presente seguro a Apólice, a Proposta de Contratação, a Proposta de Adesão, o Certificado Individual e as Condições Gerais e Especiais.

11.2. A contratação e quaisquer alterações nesses documentos serão válidas se forem feitas por escrito, mediante Proposta assinada pelo Proponente, seu representante ou por Corretor de seguros habilitado e receber concordância de ambas as partes contratantes, devendo a Seguradora fornecer obrigatoriamente o protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora do seu recebimento.

11.3. Qualquer modificação na Apólice em vigor que implique ônus ou dever para os Segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado.

11.4. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nesta cláusula, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nas Condições Contratuais.

11.5. Qualquer alteração nas Condições Contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo/endosso à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente aditivo/endosso.

11.6. Em caso de alteração de risco, a seguradora deve ser informada. São exemplos de alteração de risco, por exemplo, as seguintes ocorrências:
a) Mudança de profissão;
b) Mudança de residência do segurado para outro país;
c) Informações falsas ou incorretas.

12. CARÊNCIA E FRANQUIA

12.1. CARÊNCIA: Não haverá carência para nenhuma cobertura deste seguro, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão ao seguro, ou da sua recondução depois de suspenso.

12.2. A carência e franquia de cada uma das coberturas está descrito nas Condições Especiais

13. CONTRATAÇÃO

13.1. A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo estipulante na proposta de contratação. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

13.2. Se os dados da apólice/certificado individual estiverem diferentes dos informados na Proposta de Contratação, o estipulante deverá solicitar à seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão da apólice//certificado individual, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto na apólice.

13.3. O preço e as condições deste seguro são estabelecidos com base em premissas atuariais que levam em conta a idade de ingresso do segurado de 18 até 99 anos.

13.4. **Para que o proponente seja elegível à contratação do seguro deverá estar em plena atividade de suas funções e perfeitas condições de saúde, ou seja, não realizar acompanhamento médico de nenhuma patologia ou lesão e nem fazer uso de medicamentos contínuos, na data da respectiva contratação do seguro.**

13.5. No ato da contratação será obrigatório o preenchimento e a assinatura, pelo proponente, da Proposta de Adesão ao seguro e da Declaração de Saúde e Atividade (DSA), que será encaminhada à seguradora para análise de sua aceitação.

13.6. As Condições Contratuais do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva Proposta de Adesão, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das Condições Gerais.

13.7. A proposta de adesão é individual, devendo o interessado além de assinar, preencher todos os campos com seus dados pessoais inclusive seu beneficiário.

14. ACEITAÇÃO DO SEGURO

14.1. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos para aceitar ou recusar o risco, contados da data do recebimento da Proposta pela Seguradora, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos. Caberá à Seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta de Adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

14.2. Caso a seguradora solicite documentos complementares para análise do risco, o que poderá ser feito apenas uma vez, este prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

14.3. A ausência de comunicação da seguradora, por escrito, no prazo previsto no item 14.1, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

14.4. Caso o seguro venha a ser recusado, a seguradora, dentro do prazo estipulado, enviará correspondência ao segurado ou ao seu corretor, comunicando e justificando os motivos da recusa. Na hipótese em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos sujeitam-se a atualização monetária pela variação positiva do Índice de Preço ao Consumidor Ampliado (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir da formalização da recusa até a data efetiva da restituição pela seguradora, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período entre a data de recebimento da

proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa, período este que prevaleceu a cobertura.

14.5. A aceitação do risco implicará na emissão, pela seguradora, do Certificado do Seguro, o qual será entregue ao segurado contendo, no mínimo, o disposto na Circular SUSEP nº 491/2014 ou norma que venha a substitui-la.

14.6. **O preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão pelo segurado, caracteriza a ciência, aceitação, concordância e conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais deste seguro.**

14.7. Caso o proponente desista da contratação após a aceitação da proposta de adesão, ele terá até 30 (trinta) dias corridos, contados da data da emissão do seguro, para solicitar, por escrito, o cancelamento e a devolução do valor referente à(s) parcela(s) do(s) prêmio(s) pago(s).

14.8. Na ocorrência de sinistro no período de aceitação do seguro, a seguradora não se responsabilizará se houver informações que a levariam a não aceitar a proposta.

15. VIGÊNCIA

15.1. O início e o término de vigência da apólice do seguro será às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim nela indicadas, devendo o risco iniciar-se dentro do prazo de vigência da respectiva apólice.

15.2. O início da vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data da aceitação da Proposta de Adesão, quando não houver pagamento de prêmio. No caso de haver o pagamento de prêmio, o início da vigência será às 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento do prêmio.

15.3. O término de vigência do risco individual ocorrerá às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim indicada no Certificado do Seguro.

16. RENOVAÇÃO

16.1. A apólice poderá ser renovada automaticamente, por igual período, uma única vez, **caso não haja expressa desistência do estipulante ou da seguradora em até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência.** As renovações posteriores ocorrerão somente mediante expressa solicitação do estipulante e desde que não implique em ônus ou dever para os segurados, ou redução de seus direitos.

16.2. **Na renovação da apólice, qualquer alteração da apólice que implique ônus ou dever para o segurado ou a redução dos seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado.**

16.3. No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, a cobertura de cada segurado cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos

em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.

16.4. Na renovação da apólice será emitido pela seguradora o Certificado do Seguro, contendo, no mínimo, o disposto na Circular SUSEP nº 491/2014 ou em norma que venha a substitui-la.

16.5. Anualmente será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e a modificação da apólice na data da renovação dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo.

16.6. Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, irá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedem o final de vigência da apólice.

17. CAPITAL SEGURADO

17.1. O capital segurado contratado para cada cobertura constará no Certificado Individual e **é o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, na ocorrência de evento coberto, vigente na data do evento**, e será expresso em moeda corrente nacional.

17.2. Para todas as coberturas deste seguro, o pagamento da indenização será realizado sob a forma de pagamento único.

18. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

18.1. **Os valores de capitais segurados e prêmios, mencionados nas condições contratuais e referentes às coberturas contratadas pelo segurado, serão atualizados anualmente, na renovação do Certificado do Seguro, com base na variação acumulada do índice IPCA/IBGE até o mês anterior a renovação**.

18.2. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

18.3. No caso de extinção ou vedação do IPCA/IBGE, será utilizado o IGPM (Índice Geral de Preços ao Mercado), divulgado pela FGV (Fundação Getúlio Vargas). Na hipótese de extinção do IGPM será utilizado outro índice determinado pela SUSEP.

19. PAGAMENTO DE PRÊMIO

19.1. O Prêmio será pago mensalmente pelo Segurado por meio de débito na conta corrente do segurado.

19.2. O cliente deverá ter saldo suficiente na conta corrente no vencimento e no valor igual ou acima do valor do seguro.

19.3. No entanto, caso a data estabelecida para pagamento do Prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento do Prêmio poderá ser feito no 1º (primeiro) dia útil após a data, sem que haja suspensões de suas Coberturas.

19.4. Se ocorrer sinistro dentro do prazo de pagamento do prêmio, sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

19.5. O não pagamento da primeira parcela do prêmio até a data do vencimento, cancelará automaticamente o contrato de seguro.

19.6. Decorrida a data estabelecida para pagamento do Prêmio, sem que este tenha sido pago, as Coberturas do Seguro ficam automaticamente suspensas e o Segurado ficará sem direito a receber a Indenização por quaisquer das Coberturas contratadas, se ocorrer um Sinistro neste período, não havendo cobrança de prêmio para o respectivo período.

19.7. Ocorrendo suspensão das Coberturas, o Prêmio devido pode ser pago no período posterior ao vencimento do Prêmio em atraso, hipótese em que a Cobertura será reabilitada para os Eventos ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia do pagamento do Prêmio em atraso.

19.8. Na hipótese de reabilitação da Cobertura do Seguro pela regularização do pagamento do Prêmio em atraso, qualquer Indenização dependerá de prova de que, antes da ocorrência do Sinistro, tenha sido quitado o respectivo débito.

19.9. Decorridos 90 (noventa) dias corridos da data de vencimento e não ocorrendo o pagamento do Prêmio, o Seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a Cobertura não poderá ser reabilitada.

19.9. No caso de recebimento indevido de Prêmio, os valores pagos serão devolvidos em até 30 dias da data do recebimento indevido e ficam sujeitos a atualização monetária a partir da data de recebimento, até a data da devolução com base na variação positiva do índice IPCA.

20. CANCELAMENTO DA APÓLICE OU CERTIFICADO

20.1. A apólice e/ou certificado do seguro poderão ser cancelados a qualquer tempo, mediante acordo entre a seguradora, o estipulante e o segurado, respeitando o período de vigência correspondente ao

prêmio pago, e com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado.

20.1.1 Neste caso a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base "pro rata temporis". O prêmio a ser devolvido será corrigido pelo índice IPCA/IBGE, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa do segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.

20.2. A Respeito o tempo de cobertura proporcional ao Prêmio pago, o Certificado individual será cancelado automaticamente e as coberturas do seguro cessarão imediatamente, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, nos seguintes casos:

a) Por ausência do pagamento da primeira parcela;

b) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;

c) Em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Contratuais;

d) Quando o segurado, mediante solicitação por escrito à Seguradora, requerer o cancelamento do seguro, considerando que:

I – para seguros com pagamento de prêmio parcelado, haverá devolução da parcela paga, quando solicitado em até 30 (trinta) dias corridos da emissão da apólice. Após esta data, o segurado deverá solicitar o cancelamento até 30 (trinta) dias antes da próxima data de vencimento, para suspender as próximas cobranças;

II – para seguros com pagamento de prêmio integral à vista, haverá devolução do prêmio pago quando solicitado em até 30 (trinta) dias corridos da emissão da apólice. Após essa data, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base "pro rata temporis", e o prêmio a ser devolvido será corrigido pelo índice IPCA a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento.

e) Pelo pagamento da indenização por Morte;

f) Com a cessação do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago;

g) O Segurado, seus Beneficiários ou representantes de ambos, fraudarem ou tentarem fraudar, agirem com Dolo ou simulação na contratação do seguro ou durante a sua Vigência, para obter ou majorar os valores devidos pela Seguradora;

h) O Segurado, seus Beneficiários ou representantes de ambos, simularem um Sinistro ou ainda agravarem as consequências para obter Indenização ou dificultar a elucidação;

i) O Segurado, seu representante ou seu Corretor de seguros intencionalmente fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam ter influído na aceitação da Proposta;

20.3. Este seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Sociedade Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

21. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

21.1. Ocorrendo um evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado, beneficiário ou seu representante, conforme especificado nas Condições Contratuais por meio da Central de Atendimento da seguradora. O segurado ou beneficiário deverá atentar a documentação mínima exigida e as documentações adicionais por evento acionado.

21.2. Para agilizar o atendimento e resguardar o cumprimento das obrigações do presente contrato de seguro**, recomendamos ao beneficiário do segurado ou ao próprio segurado observar a relação mínima de documentos que poderão ser solicitados, pela seguradora em caso de evento coberto, que se encontra disponível também no site www.itau.com.br.**

a) Do segurado:

- RG;
- CPF;
- Certidão de Nascimento ou Casamento;
- Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela seguradora, o qual deverá ser preenchido pelo segurado ou seu beneficiário;
- Comprovante de residência.

b) Do(s) beneficiário(s):

- **Pais:** RG, CPF, comprovante de residência e Formulário de autorização de crédito em conta corrente fornecido pela Seguradora;

- **Cônjuge:** Certidão de Casamento, RG, CPF, comprovante de residência e Formulário de autorização de crédito em conta corrente fornecido pela Seguradora;

- **Companheira(o):** RG, CPF, comprovante de residência e comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS; Certidão de Nascimento ou Casamento de ambos (segurado e beneficiário com averbação de separação judicial); Comprovante de residência; Declaração de Companheiro e de Herdeiros (formulário fornecido pela Seguradora); Formulário de autorização de crédito em conta corrente fornecido pela Seguradora;

- **Filhos:** Certidão de Nascimento, RG e comprovante de residência, e Formulário de autorização de crédito em conta corrente fornecido pela Seguradora. Sendo que:

  I - Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis) 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;

  II - Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) 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. Deverão ser apresentados os documentos: CPF e RG do representante legal; Comprovante de residência; Documento judicial conferindo o status de Tutor ou Curador do menor, quando este for diferente do pai ou mãe sobrevivente.

21.3 Deverá ser entregue ainda a seguinte documentação por tipo de ocorrência:

a) EM CASO DE MORTE ACIDENTAL EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo beneficiário;
- Formulário original de autorização de crédito em conta corrente fornecido pela Seguradora;

b) EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME:

- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- Relatório Médico preenchido e assinado, com firma reconhecida;
- Resultados dos exames indicativos da lesão (exames que tenham fotos ou raio x deverão ser encaminhados os originais, os quais serão posteriormente devolvidos);
- Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo acidentado);
- Laudo do Exame de Corpo Delito expedido pelo Instituto Médico Legal (se houver);
- Boletim do hospital que prestou o primeiro atendimento;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo acidentado).

c) <u>EM CASO DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME:</u>

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Formulário original de aviso de sinistro fornecido pela seguradora preenchido e assinado pelo segurado;
- Relatório Médico preenchido e assinado, com firma reconhecida;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Resultados dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo acidentado);
- Autorização para crédito em conta corrente do segurado;
- Laudo do Exame de Corpo Delito expedido pelo Instituto Médico Legal (se houver);

- Boletim do hospital que prestou o 1º atendimento.

22. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

22.1. Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora e aqueles realizados diretamente pela sociedade seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias do sinistro. As providências que a sociedade seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

22.2. Todos os pagamentos de indenizações referentes a esse seguro serão efetuados no Brasil e em moeda corrente nacional.

22.3. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como **data do evento**, quando da liquidação dos sinistros:

Para as coberturas Morte Acidental em Consequência de Crime, Invalidez Permanente Total por Acidente em Consequência de Crime e Diária por Internação Hospitalar por Acidente em Consequência de Crime: a data do Acidente.

22.4. O prazo para o pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos na cláusula 21 destas Condições Gerais. No caso de solicitação de documentos e/ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável, este prazo será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

22.5. Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização estará sujeito a aplicação de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.

22.6. Os valores das indenizações de sinistros ficam sujeitos a atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, a partir da data de ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.

22.7. As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total não se acumulam. Se depois de pagar uma indenização por Invalidez Permanente Total verificar-se a morte do segurado e em consequência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Morte, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente Total.

22.8. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

22.9. Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado ou beneficiário deverá ser comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo previsto na cláusula 22.4.

23. JUNTA MÉDICA

23.1. Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas 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, constituída de três membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

23.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

23.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente, que deve ser comprovada na forma prevista nas condições contratuais.

24. PERÍCIA DA SEGURADORA

24.1. O segurado, ao propor sua adesão ao seguro e assinar a Declaração de Saúde e Atividade (DSA), autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

24.2. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

24.3. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

24.4. Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

25. PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

25.1. 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.

25.2. As atualizações serão efetuadas com base na variação do IPCA/IBGE apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

25.3. No caso de extinção ou vedação do IPCA/IBGE, será utilizado o IGPM (Índice Geral de Preços ao Mercado), divulgado pela FGV (Fundação Getúlio Vargas). Na hipótese de extinção do IGPM será utilizado outro índice determinado pela SUSEP.

25.4. Em caso de alteração dos critérios de atualização monetária estabelecidos pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) em função de legislação superveniente, fica acordado que as condições previstas neste item serão imediatamente enquadradas às novas disposições.

26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

a) FORNECER À SEGURADORA TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA A ANÁLISE E ACEITAÇÃO DO RISCO, PREVIAMENTE ESTABELECIDAS PELA SEGURADORA, INCLUINDO DADOS CADASTRAIS;

b) MANTER A SOCIEDADE SEGURADORA INFORMADA A RESPEITO DOS DADOS CADASTRAIS DO SEGURADOS, ALTERAÇÕES NA NATUREZA DO RISCO COBERTO, BEM COMO QUAISQUER EVENTOS QUE POSSAM, NO FUTURO, RESULTAR EM SINISTRO, DE ACORDO COM O DEFINIDO CONTRATUALMENTE;

c) FORNECER AO SEGURADO, SEMPRE QUE SOLICITADO, QUAISQUER INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CONTRATO DE SEGURO;

d) DISCRIMINAR O VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO NO INSTRUMENTO DE COBRANÇA, QUANDO ESTE FOR DE SUA RESPONSABILIDADE;

e) REPASSAR OS PRÊMIOS À SEGURADORA, NOS PRAZOS ESTABELECIDOS CONTRATUALMENTE;

f) REPASSAR AOS SEGURADOS TODAS AS COMUNICAÇÕES OU AVISOS INERENTES À APÓLICE, QUANDO FOR DIRETAMENTE RESPONSÁVEL PELA SUA ADMINISTRAÇÃO;

g) DISCRIMINAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO RISCO, NOS DOCUMENTOS E COMUNICAÇÕES REFERENTES AO SEGURO EMITIDOS PARA O SEGURADO;

h) COMUNICAR DE IMEDIATO À SEGURADORA, A OCORRÊNCIA DE QUALQUER SINISTRO OU EXPECTATIVA DE SINISTRO REFERENTE AO GRUPO QUE REPRESENTA, ASSIM QUE DELES TIVER CONHECIMENTO, QUANDO ESTA COMUNICAÇÃO ESTIVER SOB SUA RESPONSABILIDADE;

i) DAR CIÊNCIA AOS SEGURADOS DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS ESTIPULADOS PARA A LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS;

j) COMUNICAR, DE IMEDIATO, À SUSEP, QUAISQUER PROCEDIMENTOS QUE CONSIDERAR IRREGULARES QUANTO AO SEGURO CONTRATADO;

k) FORNECER À SUSEP QUAISQUER INFORMAÇÕES SOLICITADAS, DENTRO DO PRAZO POR ELA ESPECIFICADO;

l) INFORMAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SEGURADORA, BEM COMO O PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO NO RISCO, NO CASO DE COSSEGURO, EM QUALQUER MATERIAL DE PROMOÇÃO OU PROPAGANDA DO SEGURO, EM CARÁTER TIPOGRÁFICO MAIOR OU IGUAL AO DO ESTIPULANTE;

26.1. NOS SEGUROS CONTRIBUTÁRIOS, O NÃO REPASSE DOS PRÊMIOS À SEGURADORA PELO ESTIPULANTE, NOS PRAZOS CONTRATUALMENTE ESTABELECIDOS, PODERÁ ACARRETAR A SUSPENSÃO OU CANCELAMENTO DA COBERTURA, A CRITÉRIO DA SEGURADORA E SUJEITA O ESTIPULANTE OU SUB-ESTIPULANTE ÀS COMINAÇÕES LEGAIS.

26.2. NO CASO DE SEGUROS CONTRIBUTÁRIOS, É VEDADO AO ESTIPULANTE E AO SUBESTIPULANTE:

a) COBRAR DOS SEGURADOS QUAISQUER VALORES RELATIVOS AO SEGURO, ALÉM DOS ESPECIFICADOS PELA SEGURADORA;

b) RESCINDIR O CONTRATO SEM ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE UM NÚMERO DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO;

c) EFETUAR PROPAGANDA E PROMOÇÃO DO SEGURO SEM PRÉVIA ANUÊNCIA DA SEGURADORA E SEM RESPEITAR A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES QUANTO AO SEGURO QUE SERÁ CONTRATADO; e

d) VINCULAR A CONTRATAÇÃO DE SEGUROS A QUALQUER DE SEUS PRODUTOS, RESSALVADA A HIPÓTESE EM QUE TAL CONTRATAÇÃO SIRVA DE GARANTIA DIRETA A ESTES PRODUTOS.

26.3. A PROPAGANDA E A PROMOÇÃO DO SEGURO, POR PARTE DO ESTIPULANTE E/OU CORRETOR, SOMENTE PODEM SER FEITAS COM AUTORIZAÇÃO EXPRESSA E SUPERVISÃO DA SEGURADORA, RESPEITADAS AS CONDIÇÕES DA APÓLICE E AS NORMAS DO SEGURO.

27. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

27.1. A SEGURADORA INFORMARÁ AO SEGURADO A SITUAÇÃO DE ADIMPLÊNCIA DO ESTIPULANTE OU SUB-ESTIPULANTE, SEMPRE QUE LHE SOLICITADO.

28. REMUNERAÇÃO DO ESTIPULANTE

28.1. Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante, será obrigatório constar o percentual e valor indicado na Proposta de adesão e no certificado individual de seguro, e o segurado será informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que houver qualquer alteração.

29. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

29.1. Beneficiários em caso de Morte Acidental em Consequência de Crime:

a) A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito e que deverá ser mantida em poder da Seguradora.

b) Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um.

c) **Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o capital segurado ao antigo beneficiário designado.**

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

Corporativo | Interno

e) **A falta de indicação expressa de beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.**

29.2. Beneficiários para as demais coberturas decorrentes de acidente:

a) Nestas coberturas, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com o item 29.1 desta Cláusula Beneficiária.

30. COMUNICAÇÕES

30.1. As comunicações entre Segurado e Seguradora serão válidas quando feitas por meios físicos ou remotos.

30.2. As comunicações feitas à Seguradora por um corretor de seguros, em nome do Segurado, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto indicação em contrário da parte do Estipulante.

30.3. As peças promocionais e de publicidade deverão ser divulgadas sob supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições contratuais e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

31. PRESCRIÇÃO

31.1. Os prazos prescricionais incidentes sobre direitos e obrigações deste contrato de seguro são aqueles determinados em legislação vigente.

32. OUVIDORIA

32.1. A Seguradora dispõe de um canal interno de comunicação direta, denominada OUVIDORIA, destinado à prevenção e solução de conflitos. Poderão recorrer à Ouvidoria todos os clientes e beneficiários não satisfeitos com as soluções dos demais canais. A Ouvidoria Itaú Unibanco funciona, também, como um meio para informar e esclarecer o cliente sobre seus direitos e obrigações de acordo com as Condições Contratuais e normas atinentes à matéria.

As reclamações/pedidos à Ouvidoria podem ser efetuadas por estes canais:

1) **Por telefone: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h.**

2) **Pela internet no www.itau.com.br/atendimento.**

33. SOLUÇÃO DE CONFLITOS

33.1. Caso o segurado tenha alguma reclamação, a Seguradora coloca à sua disposição diversos canais internos para atendimento da forma mais rápida e adequada possível:

Central de Atendimento ao Cliente: 0800 791 1125.

SAC (Reclamações, cancelamentos e informações públicas): 0800 791 1125 e **SAC** exclusivo para deficientes auditivos ou de fala: 0800 721 1999.

Fale Conosco no site www.itau.com.br.

Pela internet www.itau.com.br/atendimento

33.2. A Seguradora responderá a sua reclamação dentro dos prazos regulamentares definidos para esses canais.

33.3. MEDIAÇÃO OU CONCILIAÇÃO – Caso entenda que sua reclamação não foi atendida de forma satisfatória nos canais internos de atendimento, há ainda outras formas simples de resolver seu problema. Antes de ingressar com uma eventual ação judicial, você e a Seguradora buscarão solucionar o conflito preferencialmente por meio da mediação ou conciliação, conforme previsto na Lei nº 13.140/2015 e na Lei nº 13.105/2015 (Novo Código de Processo Civil).

33.4. Para esse procedimento, a Seguradora se compromete a atendê-lo por meio do site www.consumidor.gov.br, gerido pela Secretaria Nacional do Consumidor (SENACON). Nesse site, você pode registrar o problema que tenha com produtos e serviços e receber atendimento diretamente da Seguradora no prazo estabelecido no site. A Seguradora também se compromete a atendê-lo para tentar solucionar o conflito por meio dos centros de mediação ou conciliação com os quais mantenha convênio, ou nos centros judiciários de solução consensual de conflitos criados pelos tribunais. As informações de contato do centro de mediação de sua localidade são informadas a você no momento da contratação e poderão ser obtidas a qualquer momento nos Canais de Atendimento.

33.5. Importante: a conciliação do conflito não pretende impedi-lo de buscar a via judicial tradicional, mas tem por objetivo uma solução mais rápida e eficiente para você. Você não arcará com qualquer custo administrativo perante os centros de mediação ou conciliação com os quais a Seguradora mantenha convênio ou perante os centros judiciários de solução consensual de conflitos.

34. FORO

34.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

34.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diferente do domicílio do Segurado.

35. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

35.1. A Itaú Seguros S.A. e demais empresas do Conglomerado Itaú ("Itaú") tratam dados pessoais de pessoas físicas (como clientes, representantes e sócios/acionistas/empregados de clientes pessoa jurídica, contrapartes e beneficiários) para diversas finalidades relacionadas ao desempenho de nossas atividades.

35.2. Nesse item resumimos as principais informações sobre como coletamos e usamos dados pessoais. Para maiores informações, inclusive sobre os direitos dos titulares dos dados em relação aos seus dados pessoais (como de correção, acesso aos dados e informações sobre o tratamento, eliminação, bloqueio, exclusão, oposição e portabilidade de dados pessoais), acesse a nossa Política de Privacidade em nossos sites e aplicativos.

35.3. Dados coletados: Os dados pessoais coletados e tratados pelo Itaú podem incluir dados cadastrais, financeiros, transacionais ou outros dados, que podem ser fornecidos diretamente pelo titular dos dados ou obtidos em decorrência da prestação de serviços ou fornecimento de produtos pelo Itaú ao titular dos dados pessoais ou a ele relacionados, seja a pedido do próprio titular de dados ou em decorrência da execução de contratos com terceiros que mantém relacionamento com o titular de dados. Adicionalmente, dados pessoais podem ser obtidos de outras fontes conforme permitido na legislação aplicável, tais como fontes públicas, empresas do Conglomerado Itaú, outras instituições do sistema financeiro, parceiros ou fornecedores, bem como empresas e órgãos com os quais o Conglomerado Itaú tenha alguma relação contratual e com os quais o titular dos dados pessoais possua vínculo ou algum tipo de relação.

35.4. Finalidades de uso dos dados: Poderemos usar os dados pessoais para diversas finalidades relacionadas ao desempenho de nossas atividades, na forma prevista na Política de Privacidade, como por exemplo: (i) oferta, divulgação, prestação de serviços e fornecimento de produtos; (ii) execução de contrato e de etapas prévias ao contrato, incluindo a avaliação dos produtos e serviços mais adequados ao perfil, bem como atividades de crédito, financeiras, de investimento, securitárias, previdenciárias, de capitalização, cobrança e demais atividades do Conglomerado Itaú; (iii) cumprimento de obrigações legais e regulatórias; (iv) atendimento de requisições de autoridades administrativas e judiciais; (v) exercício regular de direitos, inclusive em processos administrativos, judiciais e arbitrais; (vi) análise, gerenciamento e tratamento de potenciais riscos, incluindo os securitários, previdenciários, de capitalização, de crédito, fraude e segurança; (vii) verificação de identidade e dados pessoais, inclusive dados biométricos, para fins de autenticação, segurança e/ou prevenção à fraude; (viii) verificação, análise e tratamento de dados pessoais para fins de avaliação, manutenção e aprimoramento dos nossos serviços; (ix) hipóteses de legítimo interesse, como desenvolvimento e ofertas de produtos e serviços do Conglomerado Itaú.

35.5. Dados sensíveis: Poderemos utilizar biometria facial e/ou digital em produtos e/ou serviços das empresas do Conglomerado Itaú para processos de identificação e/ou autenticação em sistemas eletrônicos próprios ou de terceiros para fins de segurança e prevenção a fraudes.

35.6. Compartilhamento dos dados: Os dados pessoais poderão ser compartilhados para as finalidades previstas neste documento e na nossa Política de Privacidade, como, por exemplo, entre as empresas do Conglomerado Itaú, com prestadores de serviços e fornecedores localizados no Brasil ou no exterior, bureaus de crédito de acordo com as regras aplicáveis à atividade, órgãos reguladores e entidades públicas, inclusive administrativas e judiciais e, ainda, com parceiros estratégicos para possibilitar a prestação e/ou oferta de produtos e serviços. Apenas compartilharemos dados na medida necessária, com segurança e de acordo com a legislação aplicável.

35.7. Clientes Pessoa Jurídica: Os Clientes Pessoa Jurídica ou outros terceiros que nos fornecerem dados pessoais (como, por exemplo, de seus clientes, contrapartes, beneficiários, fornecedores, representantes e sócios/acionistas/empregados) para o desempenho das atividades do Itaú, devem observar a legislação aplicável à proteção de dados, privacidade e sigilo, inclusive em relação ao fornecimento de informações aos titulares dos dados pessoais a respeito do compartilhamento desses dados com o Itaú.

II. CONDIÇÕES ESPECIAIS

1. COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) do seguro o pagamento equivalente ao capital segurado indicado no Certificado Individual, em caso de morte do segurado causada por Crime Coberto.

1.1.1. Há carência de dois anos, contados a partir da vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticado pelo segurado.

1.1.2. Não há franquia.

1.2. CRIME COBERTO: para efeito deste seguro, é a violação à lei penal que cause dano corporal à pessoa segurada, em consonância com o conceito de acidente pessoal, e de obrigatória comunicação à autoridade policial.

1.3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos mencionados nas cláusulas "RISCOS EXCLUÍDOS", "PERDA DE DIREITOS" e aqueles que se enquadrarem na cláusula "PRESCRIÇÃO", das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

a) Atos reconhecidamente perigosos praticados pelo segurado que não seja motivado por necessidade justificativa e a prática por parte do segurado que aumentem o risco de ele vir a ser vítima de crime doloso, exceto os praticados durante a prestação de serviço militar ou como ato de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado e prática de esporte;

b) Crimes praticados por descendentes, ascendentes e cônjuge do segurado, bem como quaisquer parentes que com ele residam ou que dele dependam economicamente;

c) Ocorrências enquadradas na legislação em vigor como crime de trânsito;

d) Qualquer outra causa que não seja resultante de crime coberto neste seguro.

1.4. DISPOSIÇÕES GERAIS

1.4.1. Aplica-se a esta cobertura de Morte Acidental em Consequência de Crime o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

1.5 **Data do Evento**

1.5.1. Para a cobertura de morte acidental em consequência de crime é a data do acidente.

1. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME

2.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente em Consequência de Crime garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à **perda, redução ou impotência funcional definitiva e total, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto em consequência de Crime Coberto**, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitada ao capital segurado contratado e definido no Certificado Individual, observadas as Condições Contratuais.

2.2. Não há Carência.

2.3. Não há Franquia.

2.4. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	*TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE*	*% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA*
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***

2.5. 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).**

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

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

2.8. **Se, depois de pagar indenização por invalidez permanente total por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente total ou parcial deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte.**

2.9. **A invalidez permanente deve ser comprovada por meio de declaração médica apresentada à Seguradora.**

2.10. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.**

2.11. **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.**

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

2.13. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos mencionados nas cláusulas "RISCOS EXCLUÍDOS", "PERDA DE DIREITOS" e aqueles que se enquadrarem na cláusula "PRESCRIÇÃO", das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- **a) Atos reconhecidamente perigosos praticados pelo segurado que não seja motivado por necessidade justificativa e a prática por parte do segurado que aumentem o risco de ele vir a ser vítima de crime doloso, exceto os praticados durante a prestação de serviço militar ou como ato de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado e prática de esporte;**
- **b) Crimes praticados por descendentes, ascendentes e cônjuge do segurado, bem como quaisquer parentes que com ele residam ou que dele dependam economicamente;**
- **c) Ocorrências enquadradas na legislação em vigor como crime de trânsito;**
- **d) Qualquer outra causa que não seja resultante de crime coberto neste seguro;**
- **e) Invalidez Permanente Parcial.**

2.14. DISPOSIÇÕES GERAIS

2.14.1. Aplica-se a esta cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente em Consequência de Crime o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

2.15. **Data do Evento**

2.15.1. Para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente em Consequência de Crime é a data do acidente.

3.COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE EM CONSEQUÊNCIA DE CRIME

A cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente em Consequência de Crime garante ao segurado o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice, quando o segurado permanecer hospitalizado em decorrência de Crime Coberto pelo seguro.

3.1. O valor a ser pago de uma única vez corresponde ao capital segurado expresso no certificado individual, independentemente do número de dias de internação**.**

3.1.1. FRANQUIA: Para a cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente em Consequência de Crime há franquia de 12 (doze) horas contadas a partir do horário da hospitalização do segurado, período em que e não terá direito a esta cobertura.

3.1.2. Não há carência.

3.2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos mencionados nas cláusulas "RISCOS EXCLUÍDOS", "PERDA DE DIREITOS" e aqueles que se enquadrarem na cláusula "PRESCRIÇÃO", das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

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

b) Hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;

c) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;

d) Tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;

e) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

f) Lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;

g) Anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;

h) Luxações recidivantes de qualquer articulação;

i) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

j) Doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome póslaminectomia e protusões discais degenerativas;

k) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

l) Doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais;

m) Crimes praticados por descendentes, ascendentes e cônjuge do segurado, bem como quaisquer parentes que com ele residam ou que dele dependam economicamente;

n) Ocorrências enquadradas na legislação em vigor como crime de trânsito;

o) Qualquer outra causa que não seja resultante de crime coberto neste seguro.

3.3. DISPOSIÇÕES GERAIS

3.3.1. Aplica-se a esta Cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente em Consequência de Crime o disposto nas Condições Gerais do Seguro, salvo estipulação em contrário, mutuamente acordada.

3.4. Data do Evento

3.4.1. Para a cobertura de diária por internação hospitalar por Acidente em consequência de crime é a data do acidente.