



SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS

CIRCULAR SUSEP Nº 015, de 27 de fevereiro de 1978.

Aprova Consolidação das Disposições aplicáveis aos Seguros de Acidentes Pessoais

O SUPERINTENDENTE DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS (SUSEP), na forma do disposto no art.36, alínea “c”, do Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966;

considerando a necessidade de ser feita a atualização das Condições de Apólice, Tarifa e Formulários para Seguros de Acidentes Pessoais Individuais e Coletivos;

considerando o que consta do Processo SUSEP nº 001-07306/77;

R E S O L V E:

1. Aprovar a Consolidação das Disposições aplicáveis aos Seguros de Acidentes Pessoais Individuais e Coletivos, na forma dos anexos, que ficam fazendo parte integrante desta Circular.

2. Esta Circular entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as Circulares 43/68, 50/70, 09/71, 24/71, 26/71, 51/71, 35/72, 01/73, 10/73, 09/74, 25/74, 25/74, 28/75, 01/76, 41/76 e 13/77, de 21.11.68, 20.10.70, 24.03.71, 26.05.71, 02.06.71, 03.12.71, 28.06.72, 19.02.73, 15.05.73, 12.03.74, 10.07.74, 13.08.75, 02.01.76, 28.07.76 e 11.02.77, respectivamente, bem como as demais disposições em contrário.

ALPHEU AMARAL
Superintendente

Anexo 1.

TARIFA DE SEGURO ACIDENTES PESSOAIS DO BRASIL
(T. S. A. P. B.)

Art. 1º - JURISDIÇÃO DA TARIFA

1 – As disposições desta Tarifa aplicam-se a todos os seguros de Acidentes Pessoais realizados no Brasil, de conformidade com as APÓLICES PADRÃO DE ACIDENTES PESSOAIS aprovadas pela SUSEP e em vigor na data do início da responsabilidade.

Art. 2º - GARANTIAS DO SEGURO

1 – As garantias do seguro são as seguintes:

Principais:

- 1 – MORTE (M)
- 2 – INVALIDEZ PERMANENTE (IP)

Acessórias:

- 3 – ASSISTÊNCIA MÉDICA E DESPESAS SUPLEMENTARES – (AMDS);
- 4 – DIÁRIAS HOSPITALARES (DH); e
- 5 – DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)

2 – O seguro deverá abranger, pelo menos, uma das garantias principais.

3 – O seguro poderá abranger uma ou mais garantias acessórias, observado o disposto no item anterior.

4 – A concessão da garantia de ASSISTÊNCIA MÉDICA E DESPESAS SUPLEMENTARES far-se-á mediante inclusão, na apólice, da Cláusula n º 100, do art. 14.

4.1 – A importância segurada nesta garantia não poderá ser superior a 10 % (dez por cento) da soma das importâncias seguradas para as garantias de MORTE e INVALIDEZ PERMANENTE, em uma ou mais apólices de uma ou mais Seguradoras.

5 – O valor de cada DIÁRIA HOSPITALAR a segurar não poderá exceder os limites estabelecidos na seguinte tabela:

S (em MVR)	VALOR MÁXIMO DA DIÁRIA HOSPITALAR (em MVR)
até 45	0,25
acima de 45 e até 720	$\frac{S}{180}$
acima de 720	4

onde: S = soma das importâncias seguradas por MORTE E INVALIDEZ PERMANENTE e MVR é o Maior Valor de Referência vigente no País.

5.1 – O limite fixado no item anterior é aplicável ao total das DIÁRIAS HOSPITALARES a segurar em uma ou mais apólices de uma ou mais Seguradoras.

5.2 – O número de diárias seguradas será sempre 180 (cento e oitenta), devendo ser incluída na apólice a cláusula nº 101, do art. 14.

6 – A DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA a segurar não poderá exceder a 0,025 % (vinte e cinco milésimos por cento) da soma das importâncias seguradas para as garantias de MORTE E INVALIDEZ PERMANENTE, em uma ou mais apólices de uma ou mais Seguradora.

6.1 – O número de diárias seguradas será sempre 300 (trezentas), a contar do 16º dia da data do acidente, devendo ser incluída na apólice a Cláusula nº 102, do art. 14.

Art. 3º - MAJORAÇÃO DAS PERCENTAGENS DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

1 – As percentagens de Invalidez Permanente Parcial, previstas na tabela constante do subitem 5.2 das Condições Gerais da Apólice, poderão, em casos especiais, ser majoradas.

1.1– A majoração será concedida como cobertura adicional à garantia de Invalidez Permanente e em uma das formas seguintes:

a) elevação para 100 % (cem por cento) de uma ou mais percentagens previstas na tabela citada neste item;

b) elevação para 100 % (cem por cento) das percentagens que forem fixadas, dentro do critério das Condições Gerais da Apólice, para lesões não especificadas na referida tabela.

1.2 – Na hipótese prevista na alínea “b”, as Condições de cobertura e a respectiva cláusula especial serão estabelecidas em cada caso concreto.

1.3 – Para a hipótese prevista na alínea “b”, as Condições de cobertura e a respectiva cláusula especial serão estabelecidas em cada caso concreto.

2 – A cobertura adicional fica limitada à diferença entre o capital total segurado para invalidez permanente e o resultado da aplicação a este da (s) percentagem (ens) que se pretende majorar.

3 – Para contratação da presente cobertura adicional de majoração é necessário:

a) que as lesões indicadas pelo candidato ao seguro não ultrapassem o número de 4 (quatro); e

b) que não haja indicação de lesões às quais correspondam percentagens inferiores a 10% (dez por cento) na tabela citada no item 1 anterior.

4 – A taxa adicional para a cobertura prevista neste artigo será calculada com base na seguinte fórmula:

$$T_e = \frac{14 - 14 \alpha}{2 + 15 \alpha} \cdot T_i, \text{ onde:}$$

T_e = taxa especial para a cobertura adicional

T_i = taxa de Invalidez Permanente para a classe do risco

α = coeficiente percentual correspondente à percentagem mais baixa as que o Segurado pretende majorar.

4.1 – O prêmio adicional será o produto da taxa especial pelo capital correspondente à cobertura adicional, de acordo com o definido no item 2.

6 – Exemplo de aplicação da fórmula do item 5, para o caso de mais de uma lesão:

a) classe do risco: 1

b) taxa para Invalidez Permanente: 0,2%;

c) capital segurado em Invalidez Permanente: Cr\$ 200.000,00;

d) coberturas adicionais pretendidas:

d.1) elevação, de 20 % (vinte por cento) para 100% (cem por cento), no caso de surdez total e incurável de um dos ouvidos; e

d.2) elevação, de 60 % (sessenta por cento) para 100% (cem por cento), no caso de perda total do uso de uma das mãos;

e) coeficiente percentual correspondente à percentagem mais baixa entre as que o segurado pretende majorar: 0,2;

f) cobertura especial:

$$\text{Cr\$ } 200.000,00 - \text{Cr\$ } 40.000,00 = \text{Cr\$ } 160.000,00$$

g) taxa especial:

$$\frac{14 - 14 \times 0,2 \times 0,2}{2 + 15 \times 0,2} \times 0,2\% = \frac{11,2}{5} \times 0,2\% = 0,45 \%$$

h) prêmio adicional:

$$0,45 \% \text{ de Cr\$ } 160.000,00 = \text{Cr\$ } 720,00$$

Se no exemplo acima a elevação pretendida fosse somente a correspondente à alínea “d.1”, ou seja, elevação de 60 % (sessenta por cento) para 100 % (cem por cento), no caso de perda total do uso de uma das mãos, ter-se-ia:

$$T_e = \frac{14 - 14 \times 0,6 \times 0,2}{2 + 15 \times 0,6} \times 0,2\% = 0,10 \%$$

$$\text{Prêmio adicional} = 80.000 \times 0,001 = \text{Cr\$ } 80,00$$

* *Este texto não substitui o publicado no DOU de 09.03.78*

7 – Exemplo de cálculo de indenização pela cobertura adicional de que trata este artigo:

Seguro com elevação do valor da mão, de 60 % (sessenta por cento) para 100 % (cem por cento) :

INDENIZAÇÃO CABÍVEL:

a) na hipótese de perda total do uso de uma das mãos: 100 % (cem por cento) do capital segurado;

b) no caso de perda de 50 % (cinquenta por cento) do uso de uma das mãos: 50 % (cinquenta por cento) do capital segurado;

c) no caso de perda total do uso de um dos dedos indicadores:

- valor normal do indicador: 15 % (quinze por cento)

- valor majorado do indicador:

$$\begin{array}{r} 60 \% \text{ _____ } 100 \% \\ 15 \% \text{ _____ } \times \quad \times = 25\% \\ 25 \% \text{ (vinte e cinco por cento) do capital segurado.} \end{array}$$

d) no caso de perda total do uso de uma falange de um dos dedos mínimos:

- valor da falange: 1/3 de 12% = 4%

- valor majorado da falange

$$\begin{array}{r} 60 \% \text{ _____ } 100 \% \\ 4 \% \text{ _____ } \times \quad \times = 6,67 \% \end{array}$$

- 6,67 % (seis inteiros e sessenta e sete centésimos por cento) do capital segurado.

e) no caso de perda total do uso de um dos indicadores e de uma das falanges do dedo mínimo:

- valor normal do indicador: 15 %

- valor majorado do indicador: 25 %

- valor normal da falange: 4 %

- valor majorado da falange: 6,67 %

- valor majorado do indicador e da falange do dedo mínimo: 25 % + 6,67 % = 31,67 %

- 31,67 % (trinta e um inteiros e sessenta e sete centésimos por cento) do capital segurado.

Art. 4 ° - PROPOSTAS, APÓLICES E ENDOSSOS

1 – A contratação de qualquer seguro somente poderá ser realizada mediante proposta assinada pelo interessado, seu representante legal ou por um Corretor registrado.

2 – As propostas, apólice e endossos deverão ser redigidos de maneira clara e precisa, de modo que permitam o perfeito conhecimento dos riscos cobertos e das características peculiares a cada segurado.

3 – Na contratação dos seguros coletivos, além da proposta do estipulante, deverá ser exigido de cada participante, o respectivo cartão-proposta assinado pelo próprio.

3.1 – O cartão-proposta terá validade por todo o tempo em que o seguro estiver em vigor na mesma Sociedade Seguradora, por motivo de renovação ou de emissão de nova apólice do mesmo Estipulante.

4 – Não é permitido prorrogar, por meio de endosso, o prazo de vigência das apólices individuais ou o das coletivas, salvo para a uniformização do seu vencimento com o de outra ou de outras apólices de Acidentes Pessoais na mesma Sociedade Seguradora, cobrando-se o prêmio, neste caso, à base “pro-rata-temporis”, que mencionando-se, no endosso, o número ou números das apólices que deram motivo à uniformização do vencimento.

5 – Tipos de Apólices - Poderão ser emitidos os seguintes tipos de apólices:

5.1 – Apólices Individuais - São apólices emitidas para garantir uma única pessoa.

5.1.1 – Quer o seguro seja contratado pelo próprio ou por terceiro, o Segurado de apólice individual não poderá ser substituído.

5.1.2 – Não é permitido, por meio de endosso, o aumento ou a redução de importâncias seguradas nas garantias de MORTE e INVALIDEZ PERMANENTE, bem como a inclusão ou a exclusão das mencionadas garantias.

5.1.3 – É permitido, por meio de endosso, o aumento ou a redução de capitais segurados das garantias acessórias, bem como a inclusão ou a exclusão das referidas garantias, devendo o prêmio, nestes casos, ser calculado de acordo com o disposto nos itens 2 e 3 do Art. 6º e nos itens 2 e 3 do Art. 10 desta Tarifa.

5.2 – Apólices Coletivas – São apólices estipuladas por pessoa física ou jurídica, para garantir duas ou mais pessoas, observando o seguinte:

I – Quando o Estipulante for pessoa física – pessoas a ele vinculadas pela participação comum e um mesmo grupo social, isto é, mesma família, escola, empregador clube ou associação.

II – Quando o Estipulante for pessoa jurídica – pessoas a ele vinculadas pela relação de emprego (empregado/empregador) ou de associação (associado/associação).

III – Em qualquer dos casos previstos nos incisos I e II, pessoas ligadas aos segurados por laços de parentesco, admitidos, apenas, os filhos, pai, mãe, cônjuge e irmão, e observado o seguinte:

a) os capitais segurados para tais pessoas não poderão ultrapassar os estabelecidos para os segurados as quais estejam ligados; e

b) a exclusão de qualquer Segurado da apólice obrigará a exclusão simultânea das pessoas a ele ligadas.

5.2.1 – As entidades patronais poderão realizar, por apólice coletiva, o seguro de empregados de firmas ou empresas a elas filiadas, desde que o seguro seja estipulado pelas referidas entidades patronais, aplicando-se ao caso as disposições do inciso III do subitem 5.2.

5.2.2 – É permitido, por meio de endosso, o aumento ou a redução de importâncias seguradas, bem como a inclusão ou exclusão de segurados e de quaisquer garantias do seguro, obedecido o disposto no art. 2º, item 2 .

5.2.2.1 – O aumento de importância segurada ou inclusão de garantia ou de segurados deverá se feito até o vencimento normal da apólice e só poderão participar, em qualquer caso, as Sociedades Seguradoras da apólice original.

5.2.2.2 – O prêmio deverá ser calculado/da seguinte forma:

5.2.2.2 – Nos casos de aumento ou de redução de importâncias segurada, inclusão ou exclusão de segurados, ou inclusão de garantias – à base “ pro-rata-temporis”, observado o disposto no subitem 5.2.2.2.2

5.2.2.2.2 – Nos casos de pedido posterior de redução de importância segurada, ou de exclusão de garantia ou de segurados que permaneçam vinculados ao Estipulante – pela tabela de prazo curto e pelo período em que vigorou o aumento ou a inclusão.

5.2.3 – Nos casos em que o prêmio for descontado em folha, a cobertura do seguro vigorará a partir do período mensal de vigência da apólice que se seguir ao desconto do primeiro prêmio na folha de pagamento do Empregador.

Art 5º - CLASSIFICAÇÃO DOS RISCOS, ESPÉCIE DE COBERTURA E TAXAS

1 – As taxas são mínimas para as respectivas garantias.

2 – Para efeito de aplicação de taxas, os riscos dividem-se em 2 (duas) classes:

Classe 1 – Segurados que não exerçam atividades a bordo de aeronaves.

- Segurados que exerçam atividades a bordo de aeronaves de linhas regulares.

Classe 2 – Segurados que exerçam atividades a bordo de outras aeronaves que não sejam as de linhas regulares.

- Segurados que pratiquem paraquedismo em caráter amador ou profissional.

2.1 – Como atividade a bordo de aeronaves, entende-se toda e qualquer atividade exercida, quer em caráter profissional, quer em caráter amadorista, por qualquer pessoa, faça ou não parte da tripulação da aeronave.

2.2 – O Segurado Militar com função profissional em terra (ex: médicos, engenheiros), sujeito, porém, por força de regulamentos militares, ao cumprimento de horas de vôo, deverá ser enquadrado na Classe 1.

3 – A aceitação dos seguros que dêem cobertura aos segurados abaixo discriminados importará na inclusão, nas apólices respectivas, das cláusulas adiante mencionadas:

3.1 – Segurados que façam parte das forças armadas, das corporações de polícia e dos corpos de bombeiros, serão aceitos mediante inclusão da Cláusula nº 200, do Art. 14.

3.2 – Segurados cuja profissão seja exercida a bordo de navios e outras embarcações, serão aceitos mediante inclusão nº 201, do Art. 14.

3.3 – Segurados da Classe 2 serão aceitos mediante inclusão da Cláusula nº 202, do Art. 14.

4 – Não é permitida, para efeito de taxaço do risco na Classe 1, a aceitaço de propostas de Seguros de Acidentes Pessoais com exclusão do risco aéreo de pessoas que exerçam atividades a bordo de aeronaves (que não as de linhas regulares), ainda que tais pessoas exonerem, por escrito, as Sociedades Seguradoras de quaisquer responsabilidades pela cobertura do citado risco, em face do que dispõe o Art. 127 do Decreto-lei 32, de 18.11.66.

4.1 – No caso de seguro de pessoa que declara ter “brevet” vencido, desatualizado ou sem validade e que não mais exerce quaisquer atividades a bordo de aeronaves, deverá ser observado o seguinte:

4.1.1 – O proponente deverá expedir previamente carta à Sociedade Seguradora, datada e assinada pelo próprio, contendo declaração de que seu “brevet” está vencido, desatualizado ou sem validade e de que não mais exerce quaisquer atividades a bordo de aeronaves;

4.1.2 – A Sociedade Seguradora deverá inserir na apólice a Cláusula nº 203, do Art. 14.

4.2 – No caso de Segurado que passe a exercer atividades a bordo de outras aeronaves, que não sejam de linhas regulares, após o início do seguro e que deixe de pagar a diferença de prêmios cobrada pela Sociedade Seguradora em virtude da incidência dos riscos na Classe 2 da T.S.A.P.B., deverá ser observado o seguinte:

4.2.1 – A apólice não deverá ser cancelada, tendo em vista a impossibilidade de cancelamento unilateral do contrato de seguro, prevista no Art. 13 do Decreto-lei 73, de 21.11.66, e na Cláusula 16.2 das Condições Gerais da Apólice;

4.2.2 – A taxaço do risco será na Classe 2 desta tarifa, devendo a Sociedade Seguradora insistir na cobrança da diferença de prêmio e inserir, por endosso, na apólice, se não for paga a referida diferença, cláusula especial aplicando, em caso de sinistro coberto pela apólice, envolvendo ou não atividades a bordo de aeronaves, o disposto na Cláusula intitulada “ REDUÇÃO DA INDENIZAÇÃO” das Condições Gerais da Apólice, ou seja, a indenização será reduzida na proporção entre os prêmios pagos e os prêmios determinados pelas condições tarifárias;

4.2.3 – A Sociedade Seguradora deverá expedir carta registrada ao Segurado esclarecendo-o da impossibilidade de exclusão do risco aéreo, com base no Art. 127, do Decreto-lei 32, de 18.11.66 (Código Brasileiro do Ar), e de que na hipótese de não ser paga a diferença de prêmio e de ocorrer qualquer sinistro coberto pela apólice, envolvendo ou não atividades a bordo de aeronaves, a indenização devida será proporcionalmente reduzida na forma da Cláusula intitulada “REDUÇÃO DA INDENIZAÇÃO” das Condições Gerais da Apólice.

5 - A cobertura a conceder, quer em apólice do tipo individual, quer em apólice do tipo coletiva, poderá, para os riscos de Classe 1, ser TOTAL ou PARCIAL, devendo, para a Classe 2, ser sempre TOTAL.

5.1 – Cobertura Total – compreende os riscos relativos à atividades profissionais e extraprofissionais.

5.2 – Cobertura Parcial – compreende apenas os riscos Profissionais ou os Riscos Extraprofissionais.

5.2.1 – A cobertura exclusiva dos Riscos Profissionais restringe-se aos acidentes sofridos pelo Segurado durante o exercício de sua profissão e será concedida mediante inclusão, na apólice, da Cláusula nº 204, do Art. 14.

5.2.1.1 – Concessão da Cobertura – Somente poderão ser emitidas apólices garantindo os Riscos Profissionais quando houver efetivamente uma limitação da cobertura no tempo. Sempre que a natureza da profissão exercida ou a falta de uma profissão efetiva torne impossível a separação entre os Riscos Profissionais e os Extraprofissionais, deverão ser aplicadas as taxas de cobertura total. Exemplificando, não poderá ser concedida a cobertura dos Riscos Profissionais para inativos, reformados, capitalistas, donas de casa, advogados, professores, médicos e pessoas que, de modo geral, não exerçam atividades profissionais em horários determinados, uma vez que, nestes casos, a cobertura abrange as 24 (vinte e quatro) horas do dia.

5.2.2 – A cobertura exclusiva dos Riscos Extraprofissionais restringe-se aos acidentes ocorridos na vida particular dos Segurados e será concedida mediante inclusão, na apólice, da Cláusula nº 205, do Art. 14.

5.2.2.1 – Concessão da Cobertura - Somente poderão ser emitidas apólices garantindo os Riscos Extraprofissionais quando o seguro não abranger as 24 (vinte e quatro) horas do dia, isto é, nos casos em que ocorrer, efetivamente, uma limitação da cobertura no tempo. Sempre que a natureza da profissão exercida ou a falta de uma profissão efetiva torne impossível a separação entre os Riscos Profissionais e o Extraprofissionais, deverão ser aplicadas as taxas de cobertura total. Exemplificando, não poderá ser concedida a cobertura dos Riscos Extraprofissionais para inativos, reformados, capitalistas, donas de casa, advogados, professores, médicos e pessoas que, de modo geral, não exerçam atividades profissionais em horas determinadas, uma vez que, neste caso, a cobertura abrange, praticamente, as 24 (vinte e quatro) horas do dia.

6 – Os riscos a que se referem as classes previstas no item 2 estão sujeitos às seguintes taxas:

CLASSE	ESPÉCIE DE COBERTURA	MORTE	INVALIDEZ PERMANENTE	AMDS	DIÁRIAS HOSPITALARES	DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
		% SOBRE O CAPITAL SEGURADO			SOBRE O VALOR DE UMA DIÁRIA SEGURADA	
1	TOTAL	0,20	0,20	5	50	600
	PARCIAL	0,15	0,15	3	30	400
2	TOTAL	1,00	0,25	5	60	675

7 – Os segurados por Apólices Coletivas, para efeito de aplicação das taxas prevista nesta Tarifa, serão considerados individualmente, conforme as características apresentadas pelo risco.

7.1 – Os seguros coletivos gozarão dos descontos previstos na tabela seguinte, aplicáveis ao prêmio total da apólice:

NÚMEROS DE SEGURADOS	DESCONTOS
Até 10 inclusive	sem desconto
De 11 a 20 inclusive	10 %
De 21 a 50 inclusive	15 %
De 51 a 100 inclusive	20 %
De 101 a 500 inclusive	25 %
Mais de 500	30 %

7.2 – Nos casos de apólices emitidas para sucursais, agências ou filiais, de firmas ou empresas pertencentes à mesma razão social, o desconto coletivo poderá ser aplicado considerando-se o total de pessoas abrangidas pelo conjunto de apólices emitidas pela Sociedade de Seguradora. O presente critério é extensivo a firmas ou empresas subsidiárias, desde que a ligação das firmas ou empresas seja comprovada por ocasião da aceitação do seguro.

7.3 – O desconto aplicado por ocasião da emissão da apólice deverá ser revisto em cada aniversário da mesma.

Art. 6º - PRAZO DE SEGURO E FORMAS DE PAGAMENTO DE PRÊMIO

1 – As taxas previstas nesta Tarifa aplicam-se aos seguros contratados pelo período de 1 (um) ano.

2 – Nos seguros contratados por período inferior a 1 (um) ano (Seguros a Prazo Curto) devem ser cobrados, de uma só vez, os prêmios obtidos pela aplicação, às referidas taxas, das percentagens indicadas na Tabela seguinte, ressalvado o disposto no item 4 do Art. 4º desta Tarifa:

PRAZO	PERCENTAGEM
De 1 a 30 dias ou 1 mês	20 %
De 31 a 60 dias ou 2 meses	30 %
De 61 a 90 dias ou 3 meses	40 %
De 91 a 120 dias ou 4 meses	50 %
De 121 a 150 dias ou 5 meses	60 %
De 151 a 180 dias ou 6 meses	70 %
De 181 a 195 dias ou 6 ½ meses	73 %
De 196 a 210 dias ou 7 meses	75 %
De 211 a 225 dias ou 7 ½ meses	78 %
De 226 a 240 dias ou 8 meses	80 %
De 241 a 255 dias ou 8 ½ meses	83 %
De 256 a 270 dias ou 9 meses	85 %
De 271 a 285 dias ou 9 ½ meses	88 %
De 286 a 300 dias ou 10 meses	90 %
De 301 a 315 dias ou 10 ½ meses	93 %
De 316 a 330 dias ou 11 meses	95 %
De 331 a 345 dias ou 11 ½ meses	98 %
De 346 a 365 dias ou 12 meses	100 %

3 - Nos Seguros Individuais contratados por período superior a 1 (um) ano (Seguros a Prazo Longo), os prêmios, se cobrados de uma só vez, deverão ser obtidos pela aplicação, as referidas taxas, das percentagens na tabela seguinte:

PRAZOS EM MESES	PERCENTAGEM %	PRAZOS EM MESES	PERCENTAGEM %
13	109	37	276
14	117	38	282
15	125	39	288
16	133	40	294
17	141	41	300
18	148	42	306
19	155	43	312
20	162	44	318
21	169	45	324
22	176	46	330
23	183	47	335
24 (2 anos)	190	48 (4 anos)	340
25	197	49	345
26	204	50	350
27	211	51	355
28	218	52	360
29	225	53	365
30	232	54	370
31	239	55	375
32	246	56	380
33	252	57	385
34	258	58	390
35	264	59	395
36 (3 anos)	270	60 (5 anos)	400

3.1 – As frações do mês superiores a 10 (dez) dias serão computadas como inteiro, e as iguais ou inferiores serão desprezadas.

3.2 – A Tabela constante deste item não se aplica aos seguros coletivos, cujos prêmios serão calculados na base “pro-rata-temporis”.

4 – Os prêmios dos Seguros Individuais (anuais ou a prazo longo) com pagamentos anuais, cujos valores sejam iguais ou superiores a 4 (quatro) vezes o Maior Valor de Referência (MVR) vigente no país, poderão ser fracionados em até 4 (quatro) prestações iguais, mensais e sucessivas, a primeira das quais, acrescida do custo da apólice, será paga no prazo de 30 (trinta) dias ou 45 (quarenta e cinco) dias, a contar da data da emissão da apólice, conforme seja o domicílio do segurado, o mesmo ou não do banco cobrador.

4.1 – O fracionamento do prêmio do seguro está sujeito aos adicionais de 2,2 % (dois inteiros e dois décimos por cento), 4,4 % (quatro inteiros e quatro décimos por cento) e 6,6% (seis inteiros e seis décimos por cento) calculados, respectivamente, sobre as importâncias das 2a., 3a. e 4a. parcelas, os quais serão pagos juntamente com a primeira prestação.

4.2 – Nenhuma prestação poderá ser de valor inferior ao Maior Valor de Referência (MVR) vigente no país, à data da emissão da apólice.

4.3 – Deverá constar da respectiva apólice a cláusula nº 206, do Art. 14.

4.4 – Os prêmios anuais ou plurianuais dos seguros individuais, de valor inferior ou igual a 25 % (vinte e cinco por cento) do Maior Valor de Referência (MVR), poderão ser pagos diretamente na Seguradora.

5 – Nos Seguros Coletivos – poderá ser convencionado o pagamento de prêmios semestrais, trimestrais e mensais.

5.1 – Os prêmios semestrais, trimestrais e mensais, serão obtidos pela aplicação das percentagens, indicadas na Tabela seguinte, ao prêmio anual da Tarifa:

FORMA DE PAGAMENTO	PERCENTAGEM
Semestral	52,0 %
Trimestral	26,5 %
Mensal	9.0 %

5.2 – Deverá constar da respectiva apólice a Cláusula nº 207, do Art. 14 .

Art. 7º - SEGURO DE MENORES

1 – O seguro de menores está sujeito às condições abaixo, não podendo ser segurados aqueles de idade inferior a 4 (quatro) anos.

1.1 - Menores de idade inferior a 12 (doze) anos.

1.1.1 – A cobertura só deverá ser concedida na forma total, isto é, abrangendo as 24 (vinte e quatro) horas do dia.

1.1.2 – A garantia de MORTE destinar-se-á ao reembolso apenas das despesas com o funeral, devidamente comprovadas, até o limite da importância segurada na garantia, que não poderá ultrapassar a 10 (dez) vezes o Maior Valor de Referência (MVR) vigente no país.

1.1.3 – A garantia de DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT) não poderá ser concebida.

1.1.4 – O seguro, quer Individual, quer Coletivo, será sempre feito em nome do menor, representado este, no ato, por seu pai, sua mãe (quando tiver pátrio poder), ou finalmente, por seu tutor.

1.1.5 – O reembolso das despesas poderá ser feito a terceiros quando estas despesas forem devidamente comprovadas e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo menor.

1.1.6 – A indenização, em caso de INVALIDEZ PERMANENTE, será paga em nome do segurado, mediante alvará judicial.

1.1.7 – Deve ser incluída, na apólice e na proposta, a Cláusula nº 208, do art. 14.

1.2 – Menores de idade compreendida entre 12 (doze) e 16 (dezesesseis) anos:

* *Este texto não substitui o publicado no DOU de 09.03.78*

1.2.1 – Aplicam-se ao seguro as disposições dos subitens 1.1.4 e 1.1.6 e, no tocante ao reembolso das despesas de ASSISTÊNCIA MÉDICA E DESPESAS SUPLEMENTARES E DIÁRIAS HOSPITALARES, as disposições do subitem 1.1.5.

1.2.2 – Deve ser incluída, na apólice e na proposta, a Cláusula nº 209, do Art. 14.

1.3 – Menores de idade superior a 16 (dezesesseis) anos e até 21 (vinte e um) anos, exclusive:

1.3.1 – O seguro, quer individual, quer Coletivo, será sempre feito em nome do menor, assistido este, no ato, por seu pai, sua mãe (quando tiver o pátrio poder) ou finalmente, por seu tutor.

1.3.2 – Aplicam-se ao seguro, no tocante ao reembolso das despesas de ASSISTÊNCIA MÉDICA E DESPESAS SUPLEMENTARES E DIÁRIAS HOSPITALARES, as disposições do subitem 1.1.5

1.3.3 – Deve ser incluída, na Apólice e na Proposta, a Cláusula nº 210, do Art. 14.

Art. 8º - SEGURO DE PESSOAS DE IDADE SUPERIOR A 65 (SESSENTA E CINCO ANOS)

1 – As pessoas de mais de 65 (sessenta e cinco) anos só poderão ser seguradas desde que mantenham condições normais de saúde, observado o disposto nos subitens seguintes:

1.1 – Nos Seguros Individuais, não é permitida a emissão de apólice a prazo longo para pessoas de idade igual ou superior a 66 (sessenta e seis) anos.

1.1.1 – O período de vigência de apólice a prazo longo dos Seguros Individuais deverá ser estabelecido de maneira que não venha a cobrir o Segurado de idade igual ou superior a 66 (sessenta e seis) anos.

1.2 – Não é permitida aceitação de seguros novos, em Apólices Individuais, de pessoas de idade superior a 70 (setenta) anos.

1.3 – Nos seguros individuais, poderão ser seguradas pessoas de mais de 70 (setenta) anos, que venham mantendo seguros, renovados, sem solução de continuidade, nos últimos 5 (cinco) anos na mesma Sociedade Seguradora ou em Seguradoras diferentes, desde que não tenham ocorrido modificações na saúde e nos hábitos do segurado, que importem na agravação do risco, permitido o aumento da importância segurada em cada renovação, até o máximo resultante da aplicação do índice oficial de correção monetária.

1.4 – Nos seguros coletivos as pessoas de mais de 70 (setenta) anos poderão ser cobertas, desde que mantenham condições de saúde.

Art. 9º - PESSOAS PORTADORAS DE DEFEITOS FÍSICOS OU MOLÉSTIAS.

1 – O seguro de pessoa portadora de defeito físico poderá ser aceito mediante inclusão, na apólice, da Cláusula nº 211, do Art. 14, na qual ficará ressalvado o grau de invalidez preexistente, para efeito de responsabilidade da Seguradora, caso ocorra algum acidente que venha a afetar órgão ou membro já defeituoso.

2 – Não poderão também ser cobertas pelo seguro as pessoas:

2.1 – ébrias contumazes ou viciadas em tóxicos ou entorpecentes;

2.2 – epiléticas;

2.3 – portadoras de doenças graves, nelas compreendidas as formas adiantadas de tuberculose e sífilis;

2.4 – que já tenham tido manifestação de doenças mentais, “delirium tremens” ou apoplexia.

Art. 10 – RESCISÃO E ALTERAÇÕES DO CONTRATO

1 – O contrato poderá ser rescindido em qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes.

2 – Na hipótese de rescisão por iniciativa do Segurado ou do Estipulante, a Seguradora calculará o prêmio de conformidade com os critérios seguintes:

2.1 – Seguros Individuais

2.1.1 – Para os contratos que tenham vigorado por menos de 12 (doze) meses de acordo com a Tabela constante no Art. 6º, item 2 desta Tarifa – aplicada ao período pelo qual vigorou o seguro, restituindo ao Segurado a diferença entre o prêmio total pago e o prêmio assim obtido.

2.1.2 – Para os contratos a prazo longo que tenha vigorado por 12 (doze) meses ou mais de acordo com a Tabela constante no Art. 6º, item 3 desta Tarifa aplicada ao período pelo qual vigorou o seguro, acrescido de 1 (um) mês e tomando como limite máximo para o cômputo do prêmio devido, a importância do prêmio pago inicialmente pelo Segurado.

2.2 – Seguros Coletivos

2.2.1 – Para os contratos Coletivos que forem cancelados por iniciativa do Estipulante, a Sociedade Seguradora calculará o prêmio de acordo com a Tabela constante no Art.6º, item 2 desta Tarifa, aplicada ao período pelo qual vigorou o seguro, restituindo ao Estipulante a diferença entre o prêmio pago e o prêmio assim obtido.

3 - Na hipótese de cancelamento por iniciativa da Seguradora, esta restituirá a quem de direito a parte do prêmio recebido, proporcional ao tempo não decorrido, a contar da data do cancelamento.

4 – No caso de modificação de taxa, em consequência de alteração da classe do risco segurado, os prêmios a cobrar ou a restituir serão calculados à base “pro-rata-temporis”

5 – A apólice será obrigatoriamente cancelada, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias, se a composição do grupo ou a natureza dos riscos vier a sofrer alterações tais que a tornem incompatível com as condições mínimas de manutenção.

5.1 – Se o Estipulante deixar de recolher à Sociedade Seguradora, através da rede bancária, prêmios pagos pelos Segurados, tal fato não dará motivo ao cancelamento da apólice, por ferir direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita, sujeita portanto às cominações legais.

5.2 – Nos caso de seguros pagos integralmente pelo Estipulante, a apólice poderá ser cancelada, em qualquer época, por mútuo e expresse consenso das partes contratantes.

5.3 – Nos casos de seguros pagos total ou parcialmente pelos segurados, a não ser na hipótese prevista no item 5, o cancelamento da apólice somente se dará quando expirar o prazo de sua validade ou, antes disso, se houver o mútuo e expresso consenso de todas as partes contratantes – Estipulantes, Segurados e Sociedade Seguradora – ou ainda por inadimplência dos segurados, devidamente comprovada;

5.3.1 – Define-se como prazo de validade o período de tempo compreendido entre a data do início de vigência da apólice e de seu aniversário.

Art. 11 – COBERTURA AUTOMÁTICA (SEGURO COLETIVO)

1 – Quando o seguro abranger a totalidade de um grupo perfeitamente caracterizado na proposta e na apólice, poderá ser permitido ao Estipulante comunicar mensalmente as inclusões e exclusões de Segurados, devendo, neste caso, ser incluída na apólice a Cláusula nº 212, do Art. 14.

2 - O grupo estará perfeitamente caracterizado quando o Estipulante mencionar, no quadro OBSERVAÇÕES da proposta do seguro, os detalhes pelos quais serão obrigatórias as inclusões de segurados, como, por exemplo:

a) todos os empregados da firma, inclusive os que vierem a ser admitidos, estes, a partir da data de admissão;

b) todos os empregados da firma que percebam salário igual ou superior a Cr\$(.....) e todos aqueles que venham a perceber salário na classe acima indicada, estes, a partir da data do aumento salarial;

c) todos os associados, inclusive os que vierem a ser admitidos, estes, a partir da data de admissão.

Art. 12 – RENOVAÇÃO

1 – Os seguros – Individuais ou Coletivos – poderão ser renovados por meio de nova Apólice ou de um Aditivo de Renovação.

2 – O Seguro Coletivo será automaticamente renovado ao fim de cada período de vigência – anual ou a prazo longo – salvo se a Sociedade Seguradora ou Estipulante, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias do término do seu vencimento, denunciar o desinteresse pela sua renovação, podendo a Sociedade Seguradora abrir mão desta faculdade por prazo determinado, nunca superior a 10 (dez) anos.

2.1 – A automaticidade de renovação não se aplicará aos seguros de prazos inferiores a 1 (um) ano, caso em que a renovação far-se-á mediante a apresentação de nova Proposta de Seguro, devidamente datada e assinada pelo Estipulante.

Art. 13 – COMISSÕES

1 – Serão concedida na forma abaixo:

1.1 – Comissão do corretor – é facultativo às Seguradoras conceder a corretores habilitados uma comissão limitada ao máximo de 30 % (trinta por cento) do prêmio recebido.

1.2 – Comissão de angariador - A remuneração devida aos angariadores de Cartão-Proposta, para os Seguros de Acidentes Pessoais Coletivos, não poderá exceder:

a) 100% (cem por cento) da primeira mensalidade do prêmio, para a produção realizada na localidade de residência ou principal atividade de angariador;

b) a 150% (cento e cinquenta por cento) da primeira mensalidade do prêmio, para a produção realizada em outras localidades que impliquem em viagens e hospedagens, fora do local de residência ou principal atividade do angariador.

1.3 – Comissão de administração – Nos seguros coletivos, poderá ser concedida ao Estipulante uma comissão de administração de até 5% (cinco por cento) dos prêmios recebidos, previstos na forma da Tarifa, a qual será obrigatoriamente deduzida da comissão de corretagem e paga pela Sociedade Seguradora ao Estipulante.

Art. 14 – CLÁUSULAS DE GARANTIAS ACESSÓRIAS E CLÁUSULAS ESPECIAIS APLICÁVEIS AO SEGURO.

1 – Cláusulas de Garantias Acessórias:

CLÁUSULA 100 – ASSISTÊNCIA MÉDICA DE DESPESAS SUPLEMENTARES (AMDS)

Fica incluída nesta apólice a cobertura de Assistência Médica e Despesas Suplementares, pela qual a Sociedade Seguradora reembolsará – até o limite da importância segurada – as despesas que o Segurado efetuar com tratamento sob orientação médica, realizado em consequência de acidente coberto, desde que iniciado dentro de 30 (trinta) dias contados da data do mesmo. Estão abrangidos por esta garantia as despesas com radiografia, medicamentos, sala de operação, anestesia, uso de aparelhos (excluídos os que se referem a prótese de caráter permanente, salvo a prótese pela perda de dentes naturais e perfeitos em consequência de acidente), fisioterapia, laboratório, bem como as despesas de pronto-socorro, assistência de enfermeiro diplomado e honorários de médicos e dentistas.

2 – O Segurado deverá comprovar as despesas de assistência médica e suplementares, mediante a apresentação das contas originais especificadas e autenticadas ou de comprovantes satisfatórios, critério da Seguradora.

3 – Não estão abrangidas por esta garantia as despesas decorrentes de diárias hospitalares, de estadas de convalescença e de dietas especiais, bem como as despesas de acompanhante. (ver Art. 2º, item 4).

CLÁUSULA 101 – DIÁRIAS HOSPITALARES

1- Fica incluída nesta apólice a cobertura de Diárias Hospitalares para o caso de internação hospitalar, a critério médico, ocorrida dentro de 1(um) ano a contar da data do acidente coberto e em decorrência do mesmo. A Seguradora reembolsará as diárias hospitalares que tiverem sido pagas pelo Segurado, mediante apresentação das contas originais especificadas e autenticadas, observados o limite da importância segurada para cada diária e o máximo de 180 (cento e oitenta) diárias.

2 – Não estão abrangidas por esta garantia as despesas decorrentes de estadas de convalescença e de dietas especiais, bem como as despesas de acompanhantes. (ver Art. 2º, item 5).

CLÁUSULA 102 – DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1 – Fica incluída nesta apólice a cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária para garantir ao Segurado o pagamento das diárias a que tiver direito, se sua incapacidade, conseqüente de acidente coberto, perdurar além do 15º (décimo quinto) dia após o mesmo.

2 – A Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º (décimo sexto) dia do acidente até o dia de sua volta à atividade e limitadas ao máximo de 300 (trezentas).

3 – Caracteriza-se a INCAPACIDADE TEMPORÁRIA pela impossibilidade contínua e ininterrupta, de o Segurado exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

4 – AS DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA poderão ser pagas parceladamente ao Segurado à medida que se tornem devidas.

5 – Não obstante o disposto no subitem 4.1 das Condições Gerais, só darão direito à indenização por esta garantia os acidentes ocorridos no Brasil e durante a permanência do Segurado no País (ver Art. 2º, item 6).

CLÁUSULA 103 – MAJORAÇÃO DE PERCENTAGENS DE INVALIDEZ PERMANENTE

“ Mediante o pagamento do prêmio adicional correspondente, a (s) percentagem (ens) para cálculo da indenização prevista (s) na tabela constante do subitem 5.2 das Condições Gerais desta Apólice para..... (indicar a (s) lesão (ões)..... será (ão) elevada (s) para 100 % (cem por cento) no caso de acidente, coberto por esta Apólice, que ocasione qualquer dessas lesões.

No caso de invalidez permanente parcial no (s) ou órgão (s) acima referido (s), a indenização, face à elevação acordada para a invalidez permanente total, será calculada pela aplicação, ao capital segurado, da percentagem de redução funcional, não prevalecendo, assim, para a indenização, o critério estabelecido no subitem 5.2.2 das Condições Gerais desta Apólice.

No caso de lesões múltiplas, prevista ou não nesta cláusula, a indenização não poderá exceder a 100 % (cem por cento) da importância segurada na garantia de Invalidez Permanente. O Segurado se obriga, em caso de acidente coberto por esta Apólice e sob pena de perder o direito a qualquer indenização, a submeter-se a exame médico por profissional indicado por esta Sociedade Seguradora, desde que tal medida seja considerada necessária”.(ver Art. 3º, item 1).

2- CLÁUSULA ESPECIAIS

CLÁUSULA 200 – SEGURADOS QUE FAZEM PARTE DAS FORÇAS ARMADAS, DAS CORPORAÇÕES DE POLÍCIA E DOS CORPOS DE BOMBEIROS.

Não obstante o disposto no subitem 3.2, alínea “d”, das Condições Gerais da Apólice, consideram-se cobertos os riscos provenientes de tumultos e outras perturbações de ordem pública, desde que tais riscos sejam decorrentes do exercício das funções do segurado, ficando, no entanto, ratificando expressamente a exclusão referente à guerra externa ou civil e revolução.(ver Art. 5º, item 3).

CLÁUSULA 201 – SEGURADOS QUE EXERCEM PROFISSÃO A BORDO DE NAVIOS E OUTRAS EMBARCAÇÕES.

Não obstante o disposto no subitem 3.2, alínea “e”, das Condições Gerais da Apólice, consideram-se cobertos os riscos provenientes de tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos,

erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza, desde que tais riscos sejam decorrentes do exercício das funções do segurado, quando a bordo de navios e outras embarcações.(ver Art. 5º, item 3).

CLAÚSULA 202 – SEGURADOS DA CLASSE 2

Não obstante o disposto no subitem 3.2, alínea “b”, Condições Gerais da Apólice, este seguro cobre, também, os vôos realizados por força da profissão do segurado, em aeronaves oficiais e militares que, sob controle dos órgãos aos quais pertença o segurado, execute vôos com finalidades outras que a de simples transporte ou de condução de autoridades e passageiros, ratificadas expressamente as exclusões prevista no subitem 3.2, alínea “d”, das Condições Gerais da Apólice.(ver Art. 5º, item 3).

CLAÚSULA 203 – SEGURADO POSSUIDOR DE “BREVET” VENCIDO, DESATUALIZADO OU SEM VALIDADE

Declara-se, para os devidos fins e feitos:

a) que, tendo em vista a declaração feita pelo Segurado em carta dede que seu “brevet” de está vencido, desatualizado ou sem validade, não podendo, assim, exercer atividades a bordo de aeronaves, o prêmio desta apólice foi cobrado à base da Classe 1 da tarifa de Seguro Acidentes Pessoais do Brasil (T.S.A.P.B.)

b) que, no caso de o Segurado validar o seu “brevet”, exercendo ou não atividades a bordo de aeronaves, é obrigatório o imediato aviso à Sociedade Seguradora para que o prêmio seja ajustado e cobrado à base da Classe 2 da mencionada Tarifa;

c) que, no caso do não cumprimento do disposto na letra “b”, acima, será aplicado, em qualquer caso de sinistro coberto pela apólice, envolvendo ou não atividades a bordo de aeronaves, o disposto no item intitulado “ REDUÇÃO DA INDENIZAÇÃO” das Condições Gerais da Apólice, ou seja, a indenização será reduzida na proporção entre os prêmios pagos e os prêmios determinados pelas condições tarifárias.(ver Art. 5º item 4.1).

CLÁUSULA 204 – RISCOS PROFISSIONAIS

Em virtude da taxa parcial deste seguro, fica entendido que a presente apólice garante apenas os acidentes sofridos pelo segurado durante o exercício da profissão declarada na proposta do segurado.(ver Art. 5º, item 5.2.1)

CLÁUSULA 205 – RISCOS EXTRAPROFISSIONAIS

Em virtude da taxa parcial deste seguro, fica entendido que a apólice garante apenas os Riscos Extraprofissionais, ficando, assim, excluídos da cobertura, além dos previstos na apólice, também os acidentes ocorridos durante o exercício de quaisquer atividades com caráter profissional, ou que estejam abrangidos pela Lei de Acidentes do Trabalho.(ver Art. 5º, item 5.2.2).

CLÁUSULA 206 – FRACIONAMENTO DO PRÊMIO NO SEGURO INDIVIDUAL

O prêmio deste seguro será pago em prestações mensais, iguais e sucessivas, a primeira das quais, no valor de Cr\$ (.....)
Incluídos os adicionais de fracionamento, imposto respectivo e demais encargos, será paga no prazo de(.....) dias a contar da emissão das apólices; as prestações restantes serão pagas até os dias..... dos meses de e, respectivamente, no valor de Cr\$.....
(.....) cada uma incluídos os respectivos impostos.(ver Art. 6º, item 4).

CLÁUSULA 207 – FRACIONAMENTO DOS PRÊMIOS NO SEGURO COLETIVO

Os prêmios deste seguro serão....., sendo o primeiro
(semestrais, trimestrais ou mensais)
pago à vista, contra a entrega da presente apólice, no valor de Cr\$(.....)
incluídos o adicional, o imposto respectivo e demais encargos; as prestações restantes serão pagas até os dias..... no valor de Cr\$..... (.....) cada uma, incluídos os adicionais e os respectivos impostos.(ver Art. 6º, item 5).

CLÁUSULA 208 – SEGURO DE PESSOAS DE IDADE INFERIOR A 12 (DOZE) ANOS

Declara-se para os devidos fins efeitos, que:

a) em modificação ao disposto no subitem 5.1, das Condições Gerais da Apólice, no caso de MORTE, ocorrida dentro de 1 (um) ano. A contar da data do acidente, a Sociedade Seguradora pagará – como reembolso e mediante comprovação – as despesas efetuadas com o funeral até a importância assegurada na garantia de MORTE;

b) a indenização, em caso de INVALIDEZ PERMANENTE será paga em nome do menor segurado, mediante alvará judicial;

c) o seguro não cobre pessoas de idade inferior a 4(quatro) anos completos.(ver Art. 7º, item 1.1)

CLÁUSULA 209 – SEGURO DE PESSOAS DE IDADE DE 12 (DOZE) a 16 (DEZESSEIS) ANOS, INCLUSIVE

Declara-se, para os devidos fins e efeitos, que a indenização, em caso de INVALIDEZ PERMANENTE, será paga em nome do menor segurado, mediante alvará judicial (ver Art. 7º, item 1.2)

CLÁUSULA 210 – SEGURO DE PESSOAS DE IDADE SUPERIOR A 16 (DEZESSEIS) E INFERIOR A 21 (VINTE E UM) ANOS

Declara-se para os devidos fins e efeitos, que a indenização, em caso de INVALIDEZ PERMANENTE, será paga ao menor segurado, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiver o pátrio poder), ou, finalmente, por seu tutor (ver art 7º, item 1.3).

CLÁUSULA 211 – PREEEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Em virtude de declaração feita pelo Segurado na Proposta de Seguro, declara-se, para os efeitos do disposto no subitem 5.2.5 das Condições Gerais da Apólice, que o grau de invalidez

preexistente no (na)..... é de%(..... por cento) da percentagem estabelecida na apólice para o (a) referido (a).....(ver art. 9, item 1).

CLÁUSULA 212 – COBERTURA AUTOMÁTICA NOS SEGUROS COLETIVO

1 – O Estipulante obriga-se a incluir na Apólice todas as pessoas a seguir caracterizadas :

(Espaço para a caracterização dos elementos pertencente ao grupo)

2 – O Estipulante comunicará MENSALMENTE à Seguradora a inclusão de novos segurados na Apólice. O início da responsabilidade da Sociedade Seguradora, nesse caso, começa AUTOMATICAMENTE na data da admissão do Segurado no grupo acima caracterizado, não prevalecendo o disposto no subitem 16.4.1 das Condições Gerais desta Apólice.

2.1 – Nas exclusões de segurados terá o Estipulante igual prazo para a comunicação à Seguradora.

3 – O Estipulante obriga-se a comprovar as datas da admissão e da exclusão, sempre que for solicitado pela Seguradora, mediante a exibição de registros fidedignos.

4 – As comunicações dessas alterações deverão ser feitas à Seguradora até o 10º (décimo) dia útil, inclusive, do mês seguinte àquele em que tiverem efeito. Findo esse prazo prevalece para as comunicações em atraso a data em que a Sociedade Seguradora tiver conhecimento da inclusão ou exclusão do Segurado.

5 – Ocorrendo um acidente dentro do prazo mencionado no item 4 anterior e antes de ser feita a comunicação de inclusão à Sociedade Seguradora, fica estabelecido que as garantias e importâncias seguradas para o acidentado em questão serão iguais às fixadas para os demais empregados – se forem todas iguais – ou às menores que tenham sido fixadas na apólice para qualquer dos segurados, caso sejam diferentes os planos de garantias do seguro.

6 – Ratificam-se as Condições Gerais da Apólice não modificadas por esta Cláusula.(ver Art. 11, item 1)

Art. 15 – PLANOS ESPECIAIS

1 – As taxas e condições fixadas pela SUSEP para Planos Especiais de Seguros prevalecerão sobre as fixadas nesta Tarifa e nas Condições Gerais das Apólices.

Art. 16 – CASOS OMISSOS

1 – Os casos omissos deverão ser submetidos à Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), devidamente instruídos pelos órgãos de classe das Seguradoras e pelo Instituto de Resseguros do Brasil (IRB).

CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE INDIVIDUAL
ACIDENTES PESSOAIS

1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1 – O presente seguro tem por objetivo garantir, dentro dos limites e sob as condições Gerais, a seguir enumeradas, e Especiais, expressamente convencionadas, o pagamento de uma indenização ao Seguro ou a seus beneficiário, caso aquele venha a sofrer um acidente pessoal.

2 - CONCEITO

2.1 – Para os fins deste seguro, acidente pessoal é o evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha, como consequência direta, a morte ou a invalidez permanente, parcial ou total do Segurado ou torne necessário um tratamento médico.

2.2 – Não se incluem no Conceito de Acidente Pessoal para fins deste seguro:

a) as doenças, moléstias ou enfermidades quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente, por acidente coberto, ressalvado o disposto no subitem 3.1, alínea “h”.

b) os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose ou outros);

c) as consequências acidentais de tratamentos ou exames clínicos, cirúrgicos, medicamentos, por meio de agentes físicos, raios x, radium ou outros – quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por acidente coberto; e

d) a contaminação radiativa e/ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes, caracterizadas por doenças, moléstias ou enfermidades, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto.

3 – RISCOS COBERTOS E RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 – Riscos Cobertos - Além dos riscos conceituados no subitem 2.1, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrente de :

a) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;

b) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

c) seqüestros e tentativas de seqüestros, atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humanas;

d) choque elétrico e raio;

e) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;

f) escapamento de gases e vapores;

g) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;

h) infecções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e

i) queda na água ou afogamento

3.2 – Riscos Excluídos – Estão expressamente excluídos da cobertura : a hérnia, mesmo de origem traumática e suas conseqüências; o parto ou o aborto e suas conseqüências, mesmo quando provocados por acidentes; as perturbações e intoxicações alimentares; o suicídio, voluntário ou involuntários; os envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias tóxicas – ressalvado o disposto na alínea f, do subitem 3.1 anterior ou entorpecentes; quaisquer perturbações mentais salvo a alienação mental total e incurável decorrente de acidente coberto; e os acidentes ocorridos em conseqüência:

a) de competições em aeronaves e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;

b) de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente e atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;

c) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais, compreendidas entre elas as conseqüentes à ação do álcool, de drogas ou entorpecentes, de uso fortuito, ocasional ou habitual;

d) de atos ou operações de guerra, revolução, tumulto ou outras perturbações de ordem pública e delas provenientes;

e) de tufões, furacões, ciclones terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

f) de quaisquer situações previstas no subitem 2.2, alíneas b e c, destas Condições;

g) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;

h) da prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei; e

i) do uso de material nuclear para fins bélicos ou militares, ainda que resultante de testes, experiências, ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como explosões provocadas com qualquer finalidade.

4 – ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

4.1 – O presente seguro abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

4.2 – Quando for aplicada nesta apólice a Cláusula 102 – Diárias de Incapacidade Temporária, não prevalecerá o disposto no subitem anterior para esta Cobertura.

5 - GARANTIAS DO SEGURO

5.1 – No caso de MORTE, ocorrida dentro de 1 (um) ano a contar da data do acidente, a Seguradora pagará aos beneficiários do seguro a importância correspondente, respeitado o que dispõe o subitem 6.1, destas Condições.

5.2 – No caso de INVALIDEZ PERMANENTE, verificada dentro de 1 (um) ano a contar da data do acidente, desde que esteja terminado o tratamento e seja definitivo o caráter da invalidez, a Seguradora pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE			
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% s/ importância segurada	
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100	
	Perda total do uso de ambos os braços	100	
	Perda total do uso de ambas as pernas	100	
	Perda total do uso de ambas as mãos	100	
	Perda total do uso de um braço e uma perna	100	
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100	
	Perda total do uso de ambos os pés	100	
	Alienação mental total incurável	100	
PARCIAL	DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
		Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
		Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
		Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
		Mudez incurável	50
		Fratura não consolidada do maxilar inferior	20

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE		DISCRIMINAÇÃO	% s/ importância segurada
PARCIAL	MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos braços	70
		Perda total do uso de uma das mãos	60
		Fratura não consolidada de um dos braços	30
		Anquilose total de um dos ombros	25
		Anquilose total de um dos cotovelos	25
		Anquilose 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	12
		Perda total do uso de um dos dedos médios ou 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	
		PARCIAL	MEMBROS INFERIORES
Perda total do uso de um dos pés	50		
Fratura não consolidada de um fêmur	50		
Fratura não consolidada de uma das pernas	25		
Fratura não consolidada da rótula	20		
Fratura não consolidada de um pé	20		
Anquilose total de um dos joelhos	20		
Anquilose total de um dos tornozelo	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 1º (primeiro) dedo	10		
Amputação de qualquer outro dedo	3		
Encurtamento de uma das pernas:			
- de 5 (cinco) centímetros	15		
- de 4 (quatro) centímetros	10		
- de 3 (três) centímetros	6		
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização			

5.2.1 – Como INVALIDEZ PERMANENTE, entende-se a perda ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão.

5.2.2 – No caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido, à percentagem prevista na Tabela para a perda do membro, órgão ou parte atingida.

5.2.3 – Em todos os casos de invalidez parcial não especificadas na Tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado independentemente da sua profissão.

5.2.4 – Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder de 100% (cem por cento) da importância segurada para o caso de INVALIDEZ PERMANENTE; havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à percentagem da indenização prevista para a sua perda total.

5.2.5 – A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito à indenização, salvo quando previamente declarado na proposta do seguro ou em adendo à mesma, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.

5.2.6 – A perda de dentes, em consequência de acidente, não dá direito à indenização por invalidez permanente.

6 – ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

6.1 – As indenizações por MORTE e INVALIDEZ PERMANENTE não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE verificar-se a morte do Segurado dentro de 1 (um) ano a contar da data do acidente e em consequência do mesmo, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de MORTE, deduzida a importância já paga por INVALIDEZ PERMANENTE, não exigindo entretanto a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de MORTE.

6.2 – As indenizações por ASSISTÊNCIA MÉDICA E DESPESAS SUPLEMENTARES DIÁRIAS HOSPITALARES E DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA, são acumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro.

7 – CONTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL

7.1 – Possuindo o Segurado mais de uma apólice, nesta ou em outra Sociedade Seguradora, garantindo ASSISTÊNCIA MÉDICA E DESPESAS SUPLEMENTARES e/ou DIÁRIAS HOSPITALARES, a responsabilidade desta Seguradora por este seguro será igual, em cada garantia, à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia em todas as apólices em vigor na data do sinistro.

8 – OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

8.1 – Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Sociedade Seguradora, deverá ser ele comunicado pelo Segurado ou Representante seu, dentro dos 30 (trinta) primeiros dias da data do acidente, no formulário AVISO DE ACIDENTE, ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

8.2 – Da comunicação por carta ou telegrama deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

8.2.1 – A comunicação na forma do subitem 8.2 não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário AVISO DE ACIDENTE dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do acidente

8.3 – O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

9 – COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

9.1 – O Segurado ou Beneficiário, para recebimento da indenização, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando a Sociedade Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

9.2 – As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seus beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Sociedade Seguradora.

9.3 – A Seguradora poderá exigir também, do Segurado ou de seus beneficiários documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o acidente.

9.4 – As providências ou atos que a Sociedade Seguradora praticar após o acidente não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

10 – JUNTA MÉDICA

10.1 – As divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice, serão submetidas a uma junta médica, constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Sociedade Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.2 – Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Sociedade Seguradora.

11 – PAGAMENTO DO PRÊMIO

11.1 - Fica entendido e ajustado que qualquer indenização por força do presente contrato somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Segurado, o que deve ser feito, obrigatoriamente, através da rede bancária, até 30 (trinta) dias contados da data da emissão da apólice ou das datas nesta fixadas para aquele pagamento. Se o domicílio do Segurado não for o mesmo do Banco cobrador, o prazo ora previsto será de 45 (quarenta e cinco) dias.

11.2 – Decorridos os prazos referidos no subitem anterior sem que tenha sido pago o prêmio, o contrato ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial, ou extrajudicial, sem ter o Segurado direito à restituição ou dedução do prêmio.

11.3 – Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio, sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, se o débito for coberto ainda naquele prazo.

11.4 – Caso o prêmio tenha sido fracionado, e ocorrendo morte ou invalidez permanente total ou indenização total a pagar por invalidez parcial e por outras garantias, que ultrapasse a 20 (vinte) vezes o prêmio anual, sem desconto, da apólice, ou ao prêmio total, nos seguros à prazo curto, as prestações de prêmio devidas serão exigíveis por ocasião do pagamento da indenização.

12 – EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS

12.1 – O Segurado se obriga:

a) a declarar, na proposta do seguro a existência de quaisquer outros seguros de Acidentes Pessoais; e

b) a comunicar imediatamente à Sociedade Seguradora, por escrito, a efetivação posterior de outros seguros de Acidentes Pessoais.

13 – REDUÇÃO DA INDENIZAÇÃO

13.1 – Na falta de comunicação à Sociedade Seguradora da mudança de ocupação para atividade a bordo de outras aeronaves, que não sejam as de linhas regulares, ou prática de paraquedismo, a indenização será reduzida na proporção entre os prêmios pagos e os prêmios determinados pelas condições tarifárias.

14 – PERDA DA INDENIZAÇÃO

14.1 – A Seguradora não poderá qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários:

a) inexatidão ou omissão nas declarações constantes da proposta do seguro;

b) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro; e

c) fraude ou tentativa de fraude simulado Acidente ou agravando as conseqüências do acidente.

15 – CADUCIDADE DO SEGURO

15.1 – Dar-se-á, automaticamente, a caducidade do seguro, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade, se o Segurado ou seus prepostos ou beneficiário agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do Seguro ou para obter ou majorar a indenização.

16 – RESCISÃO E ALTERAÇÕES DO CONTRATO

16.1 – O presente seguro poderá ser rescindido, em qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes.

16.2 – Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita, por escrito, com a concordância das partes contratantes.

16.2.1 – O Segurado poderá substituir seus beneficiários, a qualquer tempo, mediante aviso escrito à Sociedade Seguradora.

16.2.2 – Nenhuma alteração de beneficiários terá valor se não constar da declaração escrita do segurado.

16.3 – O prêmio a devolver ou a cobrar será calculado de acordo com as disposições da Tarifa em vigor.

16.4 – O contrato do seguro será anulado sem qualquer restituição de prêmio, não só no caso de MORTE do Segurado em virtude de acidente, como também nos caso de outras garantias, em que a indenização total seja superior a 20 (vinte) vezes o prêmio anual, sem desconto, da apólice ou ao prêmio total, nos seguros a prazo curto.

16.4.1 – Nos seguros a prazo longo caberá devolução de prêmios de acordo com a Tarifa em vigor.

17 – AÇÃO DE RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIRO CIVILMENTE RESPONSÁVEL PELO ACIDENTE

17.1 – A Seguradora abre mão, em favor do Segurado e de seus beneficiários, do direito de promover a ação de ressarcimento contra terceiro civilmente responsável pelo acidente.

18 – RENOVAÇÃO

18.1 – A Seguradora poderá renovar o presente seguro se o Segurado, até 30 (trinta) dias antes de seu vencimento, apresentar uma proposta de renovação devidamente datada e assinada.

18.1.1 – A renovação deste seguro poderá ser feita por meio de nova apólice ou de Aditivo de Renovação.

(INDICAÇÕES DA SOCIEDADE SEGURADORA)
 PROPOSTA INDIVIDUAL DE SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

PRAZO DO SEGURO:	DE ZERO HORA DO DIA ____ DE ____ 19__	DURAÇÃO DO CONTRATO: _____ ANOS (S)
	A ZERO HORA DO DIA ____ DE ____ 19__	

PROPOMOS À _____
 O SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS, SOB AS CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS DESTA PROPOSTA, PARA O QUE FAÇO AS SEGUINTE DECLARAÇÕES:

1. NOME (POR EXTENSO) _____

2. LUGAR E DATA DO NASCIMENTO	CIDADE	ESTADO	PAÍS	DIA	MÊS	ANO	EST. CIVIL	SEXO

3. RESIDÊNCIA (RUA, Nº, TELEFONE, CIDADE E ESTADO)	4. LOCAL DE TRABALHO (RUA, Nº, TEL., CIDADE E ESTADO)

5. OCUPAÇÃO QUE EXERCE: _____	6. RAMOS DE ATIVIDADES: _____

7. PRATICA PARAQUEDISMO OU EXERCE ATIVIDADE, EM CARÁTER PROFISSIONAL OU AMADOR, A BORDO DE OUTRAS AERONAVES QUE NÃO SEJAM REGURALES? _____
 _____ EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE:

8. TEM DEFICIÊNCIA DE MENBROS, ORGÃOS OU SENTIDOS? (POR EX.: REDUÇÃO DE VISÃO, AUDIÇÃO OU DEFEITOS FÍSICOS EM MENBROS OU ÓRGÃO)?
 EM CASO AFIRMATIVO, QUAIS E EM QUE PERCENTAGENS?

9. TEVE OU TEM ALGUMA ENFERMIDADE, TAL COMO: DOENÇA NERVOSA, DOENÇA DO CORAÇÃO, DA COLUNA, HÉRNIA, DIABETES OU FORMAS DE TURBECULOSE OU SÍFILIS?

10. JÁ RECEBEU INDENIZAÇÃO POR ACIDENTE ? DE QUE SEGURADORA (S)?

11. TEM V.Sª OUTRO (S) SEGURO (S) DE ACIDENTES PESSOAIS EM VIGOR NESTA DATA?
 INDIQUE A (S) SEGURADORA (S) E AS IMPORTÂNCIAS SEGURADAS:

SEGURADORA	MORTE	INV. PERM.	ASSIST. M.D.S.	D. HOSPITALAR	D.I. TEMPORÁRIA

12. BENEFICIÁRIO (S) DESTA SEGURO EM CASO DE MORTE:

N.B. INDIQUE O NOME, O GRAU DE PARENTESCO, SE HOVER, SE NÃO, O RESPECTIVO ENDEREÇO, E, SE FORM MAIS DE UMA PESSOA, A PROPORÇÃO OU PERCENTAGEM QUE DEVERÁ CABER A CADA UMA DELA.

13. IMPORTÂNCIA SEGURADA:	
A) MORTE.....CR\$ _____	PRÊMIO.....
B) INVALIDEZ PERMANETE – ATÉCR\$ _____	CUSTO DA APÓLICE CR\$ _____
C) ASSITÊNCIA MÉDICA E DESPESAS SUPLEMENTARES – ATÉCR\$ _____	_____ CR\$ _____
D) DIÁRIAS HOSPITALARES – CADA UM ATÉCR\$ _____	
E) DiÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CADA UMA.....CR\$ _____	IMPOSTO.....CR\$ _____
	TOTALCR\$ _____

* Este texto não substitui o publicado no DOU de 09.03.78

VERSO DA PROPOSTA INDIVIDUAL

Afirmo que todas as declarações desta proposta são verdadeiras e assumo inteira responsabilidade pelas não escritas pelo meu próprio punho.

“ Se o segurado não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possa influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito ao valor do seguro e pagará o prêmio vencido” CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO, ART.1.444.

LUAR E DATA _____, DE _____ DE 19 _____

ASSINATURA DO PROPONENTE: _____

INSTRUÇÕES PARA COBRANÇA: _____

AGENTE OU CORRETOR: _____	Nº DE INSCRIÇÃO NA SUSEP
---------------------------	-------------------------------------

CÁLCULO DO PRÊMIO

CLASSE DO RISCO	<u>PRAZO DO SEGURO</u>	<u>Typo da Cobertura (Total, Profissional ou Extraprofissional)</u>			
	____ANO(S) ____MÊS(S) ____DIA(S)				
<u>IMPORTÂNCIAS SEGURADAS EM Cr\$</u>	<u>MORTE</u>	INVALIDEZ PERMANETE	ASSIST. MÉDICA E DESP.SUPLEM.	DIÁRIAS HOSP.	DIÁRIAS DE INC. TEMPORÁRIA
TAXAS ANUAIS					
PRÊMIOS	Cr\$	Cr\$	CR\$	Cr\$-	Cr\$
PRÊMIOS ANUAIS	Cr\$	Cr\$	Cr\$	Cr\$	Cr\$
PRÊMIOS PARA O PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO (%) DOS PRÊMIOS ANUAIS	Cr\$	Cr\$	Cr\$	Cr\$	Cr\$

PRÊMIO TOTAL.....Cr\$

OBSERVAÇÕES:

CONFERIDO POR: _____

APÓLICE INDIVIDUAL ACIDENTES PESSOAS

(INDICAÇÃO DA SOCIEDADE SEGURADORA)
APÓLICE INDIVIDUAL DE SEGURO DE ACIDENTES PESSOAS

APÓLICE N° _____	PRÊMIO ... _____CR\$ _____
ÓRGÃO _____	CUSTO DA APÓLICECR\$ _____
EMISSOR: _____	IMPOSTO CR\$ _____
_____	TOTAL CR\$ _____

A _____, a seguir denominadas Sociedade Seguradora, baseando-se nas declarações constantes da proposta que lhe foi apresentada e mediante recebimento do prêmio, impostos e encargos correspondentes, segura _____ a seguir denominado segurado, contra riscos de acidentes pessoais, de acordo com as **CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS** desta apólice, pelas garantias e importâncias abaixo:

- A) – MORTE.....CR\$ _____
- B) – INVALIDEZ PERMANENTE – ATÉ CR\$ _____
- C) – ASSISTÊNCIA MÉDICA E DESPESAS SUPLEMENTARES – ATÉ.....CR\$ _____
- D) – DIÁRIAS HOSPITALARES – CADA UMA ATÉCR\$ _____
- E) – DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – CADA UM DE.....CR\$ _____

Em caso de MORTE DO SEGURADO, em consequência de acidente coberto pela presente apólice, a indenização será paga a _____

Esta apólice é emitida pelo prazo de _____, que VIGORARÁ A PARTIR DE ZERO HORA DO DIA _____ de _____ 19____, A ZERO HORA DO DIA _____ de 19____, devendo o prêmio respectivo ser pago no prazo estabelecido na “NOTA DE SEGURO”.

LUGAR E DATA DA EMISSÃO:

ASSINATURA: _____

ADITIVO DE RENOVAÇÃO DA APÓLICE INDIVIDUAL

(INDICAÇÃO DA SOCIEDADE SEGURADORA)
**ADITIVO DE RENOVAÇÃO DA APÓLICE INDIVIDUAL
 DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS**

APÓLICE N° _____ ÓRGÃO _____ EMISSOR: _____ _____	PRÊMIOCR\$ _____ CUSTO DA APÓLICECR\$ _____ IMPOSTO CR\$ _____ TOTAL CR\$ _____
--	--

A _____, pelo presente aditivo e mediante o recebimento do prêmio, imposto e encargos correspondentes. Renova por igual período a apólice n° _____, da qual fica fazendo parte integrante, emitida em nome de _____, nas mesmas CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS do seguro original, pelas garantias e importâncias abaixo:

- A) – MORTE.....CR\$ _____
- B) – INVALIDEZ PERMANENTE – ATÉ CR\$ _____
- C) – ASSITÊNCIA MÉDICA E DESPESAS SUPLEMENTARES – ATÉ.....CR\$ _____
- D) – DIÁRIAS HOSPITALARES – CADA UMA ATÉCR\$ _____
- E) – DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – CADA UM DE.....CR\$ _____

Este aditivo é emitido pelo prazo de _____, que vigorará A PARTIR DE ZERO HORA DO DIA ___ de _____ de 19___, A ZERO HORA DO DIA de _____ de 19 ___, devendo o prêmio respectivo ser pago no prazo estabelecido na “NOTA DE SEGURO”.

LUGAR E DATA DA EMISSÃO:

ASSINATURA: _____

CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE COLETIVA ACIDENTES PESSOAIS

1 – OJETO DO SEGURO

1.1 – O presente seguro tem por objetivo garantir, dentro dos limites e sob as Condições Gerais, a seguir enumeradas, e Especiais e expressamente convencionadas, o pagamento de uma indenização ao Segurado ou a seus beneficiários, caso aquele venha sofrer um acidente pessoal.

2 – CONCEITO

2.1 – Para os fins deste seguro, acidente pessoal é o evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha, como consequência direta, a morte ou a invalidez permanente, parcial ou total do segurado ou torne necessário um tratamento médico.

2.2 – Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste seguro:

a) as doenças, moléstias ou enfermidades quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto, ressalvado o disposto no subitem 3.1, alínea h;

b) os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema, agudo, enfarte do miocárdio, trombose ou outros);

c) as consequências acidentais de tratamentos ou exames clínicos, cirúrgicos, medicamentos, por meio de agentes físicos, raios X, radium ou outros – quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por acidente coberto.

d) a contaminação radioativa e/ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes, caracterizadas por doenças, moléstias ou enfermidades, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto.

3 – RISCOS COBERTOS E RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 – Riscos Cobertos – Além dos riscos conceituados no subitem 2.1, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de :

a) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;

b) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

c) seqüestros e tentativas de seqüestros, atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;

d) choque elétrico e raio;

e) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;

f) escapamento de gases e vapores;

g) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;

h) infecções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e

i) queda n'água ou afogamento.

3.2 – Riscos Excluídos – Estão expressamente excluídos da cobertura: a hérnia, mesmo de origem traumática e suas conseqüências; o parto ou o aborto e suas conseqüências, mesmo quando provocados por acidentes; as perturbações e intoxicações alimentares; o suicídio ou tentativa de suicídio, voluntários ou involuntários; os envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias tóxicas – ressalvado o disposto na alínea “f” do subitem 3.1 anterior – ou entorpecentes; quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental total e incurável, decorrente de acidente coberto; e os acidentes ocorridos em conseqüência:

a) de competições em aeronaves e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;

b) de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transportes ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;

c) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais, compreendidas entre elas as conseqüentes à ação do álcool, de drogas ou entorpecentes, de uso fortuito, ocasional ou habitual;

d) de atos ou operações de guerra, revolução, tumulto ou outras perturbações de ordem pública e delas provenientes;

e) de tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

f) de quaisquer acidentes citados no subitem 2.2, alíneas “b” e “c”, destas Condições.

g) de ato reconhecidamente perigosos que não seja motivado por necessidade justificadas;

h) da prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei; e

i) do uso de material nuclear para fins bélicos ou militares, ainda que resultante de testes, experiências, ou militares, ainda que resultante de testes, experiências, ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como explosões provocadas com quaisquer finalidades.

4 – ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

4.1 – O presente seguro abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

4.2 – Quando for aplicada nesta apólice a Cláusula 102 – Diárias de Incapacidade Temporária, não prevalecerá o disposto no subitem anterior para esta Cobertura.

5 – GARANTIAS DO SEGURO

5.1 – No caso de MORTE, ocorrida dentro de 1 (um) ano a contar da data do acidente, a Seguradora pagará aos beneficiários do seguro a importância correspondente, respeitado o que dispõe o subitem 6.1 destas Condições.

5.2 – No caso de INVALIDEZ PERMANENTE, verificada dentro de 1 (um) ano a contar da data do acidente, desde que esteja terminado o tratamento e seja definitivo o caráter da invalidez, a Seguradora pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE			
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% s/ importância segurada	
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100	
	Perda total do uso de ambos os braços	100	
	Perda total do uso de ambas as pernas	100	
	Perda total do uso de ambas as mãos	100	
	Perda total do uso de um braço e uma perna	100	
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100	
	Perda total do uso de ambos os pés	100	
	Alienação mental total incurável	100	
PARCIAL	DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
		Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
		Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
		Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
		Mudez incurável	50
		Fratura não consolidada do maxilar inferior	20

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE			
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% s/ importância segurada	
PARCIAL	MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos braços	70
		Perda total do uso de uma das mãos	60
		Fratura não consolidada de um dos braços	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	12
		Perda total do uso de um dos dedos médios ou de um dos dedos anulares	9
		Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as de polegar : indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

* Este texto não substitui o publicado no DOU de 09.03.78

PARCIAL	MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de uma perna	50
		Perda total do uso de um dos pés	50
		Fratura não consolidada de um fêmur	50
		Fratura não consolidada de uma das pernas	25
		Fratura não consolidada da rótula	20
		Fratura não consolidada de um pé	20
		Anquilose total de um dos joelhos	20
		Anquilose total de um dos tornozelos	20
		Anquilose total de um quadril	20
		Perda parcial de um dos pés, isto é perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
		Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
		Amputação de qualquer outro dedo	3
		Encurtamento de umas das pernas:	
		- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
		- de 4 (quatro) centímetros ou mais	10
- de 3 (três) centímetros	6		
- menos de 3 (três) centímetros : sem indenização			

5.2.1 – Como INVALIDEZ PERMANENTE entende-se a Perda ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão.

5.2.2 – No caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido, à percentagem de redução prevista na Tabela para a perda total do membro, órgão ou parte atingida.

5.2.3 – Em todos os casos de invalidez parcial não especificadas na Tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão

5.2.4 – Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder de 100% (cem por cento) da importância segurada para o caso de INVALIDEZ PERMANENTE; havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à percentagem da indenização prevista para a sua perda total.

5.2.5 – A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito à indenização, salvo quando previamente declarada na proposta do seguro ou em adendo à mesma, caso em que se deduzirá do grau de invalidez preexistente.

5.2.6 – A perda de dentes, em consequência de acidentes não dá o direito à indenização por invalidez permanente.

6 – ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

6.1 – As indenizações por MORTE e INVALIDEZ PERMANENTE não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por, INVALIDEZ PERMANENTE verifica-se a morte do Segurado dentro de 1 (um) ano a contar da data do acidente e em consequência do mesmo, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de MORTE, deduzida a importância já paga por INVALIDEZ PERMANENTE, não exigindo entretanto a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de MORTE.

6.2 – As indenizações por ASSISTÊNCIA MÉDICA E DESPESAS SUPLEMENTARES, DIÁRIAS HOSPITALARES e DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA, são acumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro.

7 – CONTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL

7.1 – Possuindo o Segurado mais de uma apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo ASSISTÊNCIA MÉDICA E DESPESAS SUPLEMENTARES e/ou DIÁRIAS HOSPITALARES, a responsabilidade desta Sociedade Seguradora por este seguro será igual, em cada garantia, à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia em todas as apólices em vigor na data do sinistro.

8 – OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

8.1 – Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ele comunicado pelo Estipulante, Segurado ou Representante seu, dentro dos 30 (trinta) primeiros dias da data do acidente, no formulário AVISO DE ACIDENTE, ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

8.2 – Da comunicação por carta ou telegrama deverão constar : data, hora, local e causa do acidente.

8.2.1 – A comunicação na forma do subitem 8.2 não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário AVISO DE ACIDENTE dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do acidente.

8.3 – O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

9 – COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

9.1 – O Segurado ou Beneficiário, para recebimento da indenização, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando a Sociedade Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

9.2 – As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação por conta do Segurado ou de seus beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

9.3 – A Seguradora poderá exigir, também, do Segurado ou de seus beneficiários documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o acidente.

9.4 – As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

10 – JUNTA MÉDICA

10.1 – As divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice, serão submetidas a uma junta médica, constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.2 – Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os de terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

11 – PAGAMENTO DO PRÊMIO

11.1 – Fica entendido e ajustado que qualquer indenização por força do presente contrato somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Segurado, o que deve ser feito, obrigatoriamente, através da rede bancária, até 30 (trinta) dias contados da data da emissão da apólice ou das datas nesta fixadas para aquele pagamento. Se o domicílio do Segurado não for o mesmo do Banco cobrador, o prazo ora previsto será de 45 (quarenta e cinco) dias.

11.2 – Decorridos os prazos referidos no subitem 11.1 sem que tenha sido pago o prêmio, o contrato ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial, ou extrajudicial, sem ter o Segurado direito à restituição ou dedução do prêmio.

11.3 – Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio, sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado se o débito respectivo for coberto ainda naquele prazo.

11.4 – Caso o prêmio tenha sido fracionado, e ocorrendo morte ou invalidez permanente total, ou indenização total a pagar por invalidez permanente parcial, e por outras garantias, que ultrapasse a 20 (vinte) vezes o prêmio anual, sem desconto, correspondente ao respectivo Segurado, as prestações do prêmio devidas serão exigíveis por ocasião do pagamento da indenização.

12 – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

12.1 – A pessoa física ou jurídica que contratar o seguro é responsável, perante a Seguradora, pelo cumprimento das obrigações do presente contrato.

12.2 – Havendo modificação da pessoa do Estipulante, os direitos e obrigações decorrentes do presente seguro poderão, com a concordância da Seguradora, ser transferidos à nova pessoa, desde que ambas, sucedida e sucessora, o solicitem por escrito do prazo de 30 (trinta) dias.

13 – EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS

13.1 – Os Segurados se obrigam:

a) a declarar, no Cartão-Proposta, a existência de quaisquer outros seguros de Acidentes Pessoais; e

b) a comunicar imediatamente ao Estipulante e este à Seguradora, por escrito, a efetivação posterior de outros seguros de Acidentes Pessoais.

* *Este texto não substitui o publicado no DOU de 09.03.78*

14 – REDUÇÃO DA INDENIZAÇÃO

14.1 – Na falta de comunicação do Segurado ao Estipulante e deste à Sociedade Seguradora da mudança de ocupação para atividades a bordo de outras aeronaves que não sejam as de linhas regulares ou prática de paraquedismo, a indenização será reduzida na proporção entre os prêmios pagos e os prêmios determinados pelas condições tarifárias.

15 – PERDA DA INDENIZAÇÃO

15.1 – A Sociedade Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro caso haja por partes do Estipulante, do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários:

a) inexatidão ou omissão nas declarações da proposta ou do Cartão-Proposta de seguro;

b) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro; e

c) fraude ou tentativa de fraude simulando acidente ou agravando as conseqüências do acidente.

16 – RECISÃO E ALTERAÇÕES DO CONTRATO

16.1 – O presente seguro poderá ser rescindido, em qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes.

16.2 – Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita, por escrito, com a concordância das partes contratantes.

16.2.1 – O Segurado poderá substituir seus beneficiários a qualquer tempo, mediante aviso escrito à Sociedade Seguradora.

16.2.2 – Nenhuma alteração de beneficiários terá valor se não constar da declaração escrita do Segurado.

16.3 – A inclusão de Segurados far-se-á mediante comunicação do Estipulante.

16.3.1 – A comunicação das novas inclusões deverá ser acompanhada dos respectivos cartões-proposta, devidamente preenchidos e assinados pelos proponentes.

16.4 – O início ou cessação da cobertura terá efeito na data que for fixada no endosso ou formulário emitido pela Seguradora.

16.4.1 – Nos caso em que o prêmio for descontado em folha, a cobertura do seguro vigorará a partir do período mensal de vigência da apólice que se seguir ao desconto do primeiro prêmio na folha de pagamento do Empregador.

16.5 – O prêmio a devolver ou a cobrar, em conseqüência de alterações, será calculado de acordo com as disposições da Tarifa em vigor.

16.6 – Se o Estipulante deixar de recolher à Sociedade Seguradora, através da rede bancária, prêmios pagos pelos Segurados, tal fato não dará motivo ao cancelamento da apólice por ferir direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita, sujeita, portanto, às comunicações legais.

* *Este texto não substitui o publicado no DOU de 09.03.78*

17 – EXTINÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

17.1 – O seguro se extinguirá em relação a cada segurado, sem qualquer restituição de prêmio, nos seguintes casos:

- a) em caso de morte do segurado em virtude de acidente coberto pelo seguro;
- b) com o pagamento da indenização por qualquer outra ou outras garantias, desde que a indenização total seja correspondente ao respectivo segurado;
- c) quando cessar entre o Segurado e o Estipulante, o vínculo sob o qual foi realizado o seguro, sem que tenha havido a devida comunicação à Seguradora; e
- d) quando o seguro solicitar sua exclusão do grupo segurado, ou quando o mesmo deixar de contribuir com a sua parte de prêmio.

18 – AÇÃO DE RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIRO CIVILMENTE RESPONSÁVEL PELO ACIDENTE

18.1 – A Sociedade Seguradora abre mão, em favor do Segurado e de seus beneficiários, do direito de promover a ação de ressarcimento contra terceiro civilmente responsável pelo acidente.

19 – RENOVAÇÃO

19.1 – A apólice será automaticamente renovada ao fim de cada período de vigência – anual ou a prazo longo – salvo se a Sociedade Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias antes do seu vencimento, denunciar o desinteresse pela renovação.

19.1.1 – A Sociedade Seguradora poderá abrir mão desta faculdade por prazo determinado, nunca superior a 10 (dez) anos.

19.2 – A automaticidade de renovação não se aplicará à apólice de prazo inferior a um ano;

19.2.1 – A renovação, nesse caso, far-se-á mediante a apresentação de nova proposta de seguro, devidamente datada e assinalada pelo Estipulante.

PROPOSTA COLETIVA

(INDICAÇÃO DA SOCIEDADE SEGURADORA)
 PROPOSTA COLETIVA DE SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

PRAZO DO SEGURO	DE ZERO HORA DO DIA ____ DE _____ DE 19 ____ A ZERO HORA DO DIA ____ DE _____ DE 19 ____ DURAÇÃO DO CONTRATO: _____ ANOS(S).
-----------------	--

_____, na qualidade de estipulante, propõe a _____, o seguro de acidentes pessoais das
 (Nome da Seguradora)
 pessoas indicadas nos cartões-proposta – que passam a fazer parte integrante deste contrato – pelas importâncias constantes dos mesmos e sob as CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS desta proposta, para o que presta as seguintes declarações:

RAMO DE ATIVIDADE: _____
 ENDEREÇO (RUA, Nº, CIDADE E ESTADO): _____

 LOCAL OU LOCAIS DAS ATIVIDADES: _____

 TIPO DE COBERTURA (TOTAL, PROFISSIONAL OU EXTRAPROFISSIONAL): _____

OBSERVAÇÕES:	PRÊMIO.....Cr\$ _____
	CUSTO.....Cr\$ _____
	_____ Cr\$ _____
	IMPOSTO Cr\$ _____
	TOTAL.....Cr\$ _____

Declarando assumir toda a responsabilidade pela exatidão das informações prestadas, assim _____ a presente proposta.
 LOCAL E DATA: _____, _____ de _____ de 19 _____
 ASSINATURA DO ESTIPULANTE: _____
 INSTRUÇÕES PARA COBRANÇA: _____
 AGENTE OU CORRETOR: _____

Nº DE INSCRIÇÃO
 SUSEP

CORRIGIDO POR: _____

* Este texto não substitui o publicado no DOU de 09.03.78

CARTÃO-PROPOSTA DE SEGURO COLETIVO DE ACIDENTES PESSOAIS

(INDICAÇÃO DA SOCIEDADE SEGURADORA) E SEU C.G.C							APÓLICE N°	
ESTIPULANTE DO SEGURO:							ITEM N°	
1. NOME DA PESSOA FÍSICA (por extenso)						C.P.F.		
2. LUGAR E DATA DO NASCIMENTO	CIDADE	ESTADO	PAÍS	DIA	MÊS	ANO	ESTADO CIVIL	SEXO
3. RESIDÊNCIA (RUA, N°, CIDADE, E ESTADO)						4. OCUPAÇÃO QUE EXERCE		
5. Pratica paraquedismo ou exerce atividades, em caráter profissional ou amador a bordo de outras aeronaves que não sejam as de linhas regulares?..... Em caso afirmativo, especifique:.....								
6. Tem deficiência de membros, órgãos ou sentidos? (por ex.: redução da visão, audição, ou defeitos físicos em membros ou órgãos?..... Em caso afirmativo quais e em que percentagens?.....								
7. Teve ou tem alguma enfermidade, tal como: doença nervosa, doença do coração, da coluna, hérnia, diabete ou formas de tuberculose ou sífilis?.....Quais?.....								
8. Já recebeu indenização por acidente? De que Seguradora(s)?								
9. Tem V.S ^a . outro seguro(s) de Acidentes Pessoais em vigor nesta data?..... Indique a (s) Seguradora (s) e as importâncias Seguradas:								
Seguradora	Morte	Invalidez Permanente	Assist. Médica Disp. Suplem.	Diárias Hospitalares		Diárias Inc. Temporária		

10. Beneficiários deste Seguro em caso de morte:.....

 N.B. Indique o nome, o grau de parentesco, se houver, senão, o respectivo endereço, e, se for mais de uma pessoa, a proporção que deverá caber a cada uma delas.

11. Importância a Segurar para:
 A) Morte.....Cr\$.....
 B) Invalidez Permanente – atéCr\$.....
 C) Assistência Médica e Despesas Suplementares – atéCr\$.....
 D) Diárias Hospitalares – cada uma atéCr\$.....
 E) Diárias de Incapacidade Temporária – cada uma atéCr\$.....

12. Nos casos em que o prêmio for descontado em folha, a cobrança do seguro vigorará a partir do período mensal de vigência da apólice que se seguir ao desconto do 1º prêmio na folha de pagamento do empregador.

13. Pela presente autorizo a inclusão do meu nome na apólice de seguro coletivo de acidentes pessoais, solicitada à Seguradora supra pelo estipulante acima mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome, no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das condições gerais e especiais da referida apólice, devendo todas as comunicações ou aviso inerentes ao contrato ser encaminhados diretamente ao aludido estipulante que, para tal fim, fica investido dos necessários poderes de representação. Entretanto, fica ressalvado que os poderes de representação ora outorgados, não lhe darão o direito de cancelar o seguro aqui proposto sem o meu consentimento expresso, enquanto o pagamento do prêmio correr, integralmente, sob minha responsabilidade.

Declaro, para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas, ciente como estou de que, de acordo com o ART. 1.444 do CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderei o direito ao valor do seguro e pagarei o prêmio vencido.

PARA USO DA SEGURADORA

CLASSE DO RISCO	PRAZO DO SEGURO	TIPO DA COBERTURA (TOTAL, PROFISSIONAL OU EXTRAPROFISSIONAL)
..... ANO (S) MÊS (S) DIA (S)

Local e Data:....., de19.....

APÓLICE COLETIVA

(INDICAÇÃO DA SOCIEDADE SEGURADA)
APÓLICE COLETIVA DE SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

APÓLICE N° _____	PRÊMIOCR\$ _____
ÓRGÃO _____	CUSTO DA APÓLICECR\$ _____
EMISSOR: _____	_____ CR\$ _____
_____	IMPOSTO CR\$ _____
_____	TOTAL CR\$ _____

A _____, a seguir denominada Sociedade Seguradora, baseando-se nas declarações constantes da proposta que lhe foi apresentada pelo (a) _____, a seguir denominado (a) Estipulante, com endereço _____, e mediante o recebimento do prêmio, impostos e encargos correspondentes, segura contra os riscos de ACIDENTES PESSOAIS, de acordo com as CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS desta Apólice, as pessoas mencionadas na relação anexa pelas garantias e importâncias nela discriminadas.

Em caso de MORTE do segurado, em consequência do Acidente coberto pela presente Apólice, a indenização será paga aos beneficiários indicados pelo mesmo nº respectivo CARTÃO-PROPOSTA.

Esta Apólice é emitida pelo prazo de _____ que VIGORARÁ A PARTIR DE ZERO HORA DO DIA _____ de _____ de 19____, A ZERO HORA DO DIA _____ de _____ de 19____, devendo o prêmio respectivo ser pago no prazo estabelecido na “NOTA DE SEGURO”.

LUGAR E DATA DA EMISSÃO:

ASSINATURA:

OBSERVAÇÃO: A seguir constará, na parte interna, o título “ CONDIÇÕES GERAIS” seguido do respectivo texto e, no verso, “CONDIÇÕES ESPECIAIS” também com o espaço necessário para esse fim.

ADITIVO DE RENOVAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA

(INDICAÇÃO DA SOCIEDADE SEGURADORA)	
ADITIVO DE RENOVAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS	
ADITIVO Nº _____	PRÊMIO.....CR\$ _____
APÓLICE Nº _____	CUSTO.....CR\$ _____
ÓRGÃO _____	_____ CR\$ _____
EMISSOR: _____	IMPOSTO...CR\$ _____
	TOTALCR\$ _____
<p>A _____, pelo presente aditivo e mediante o recebimento do prêmio, imposto e encargos correspondentes, renova por igual período a apólice nº _____, da qual fica fazendo parte integrante, estipulada pelo(a) _____, nas mesmas CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS do seguro original pelas garantias e importâncias nela discriminadas.</p> <p>Este aditivo é emitido pelo prazo de _____ que VIGORARÁ A PARTIR DE ZERO HORA DO DIA ____ de _____ de 19____, A ZERO HORA DO DIA ____ de _____ 19____, devendo o prêmio respectivo ser pago no prazo estabelecido na “NOTA DE SEGURO”.</p>	
LUGAR E DATA DA EMISSÃO:	
ASSINATURA:	

“CERTIFICADO INDIVIDUAL” DO SEGURO COLETIVO
DE ACIDENTES PESSOAIS

1 – Elementos mínimos indispensáveis que deverão constar do formulário:

- a) Indicação da Seguradora e se C.G.C
- b) Nome do formulário: CERTIFICADO INDIVIDUAL
- c) Nº da apólice
- d) Nº do item
- e) Nome do Estipulante
- f) Nome do Segurado
- g) Início da cobertura
- h) Importâncias seguradas
- i) Nome dos beneficiários
- j) Referência à cessação automática da cobertura concedida ao segurado, imediatamente após ter o mesmo se desvinculado do estipulante
- l) Chancela de assinatura do (s) procurador (es) da Seguradora.

2 – Deverá constar do Certificado Individual ainda o seguinte:

“AVISO IMPORTANTE”

1 - O presente seguro reger-se-á pelas Condições Gerais e Especiais da apólice a que se refere este Certificado.

2 – Todas as comunicações relativas ao presente seguro, inclusive alterações e cancelamento do contrato, serão feitas diretamente ao estipulante, como representante do segurado, conforme autorização deste, expressa no respectivo cartão-proposta.

“RELAÇÃO DE PESSOAS SEGURADAS” NO SEGURO
COLETIVO DE ACIDENTES PESSOAIS

1. Elementos mínimos indispensáveis que deverão constar do formulário:

- a) Indicação da SEGURADORA
- b) Nome do formulário: “RELAÇÃO DE PESSOAS SEGURADAS”.
- c) Nº da Apólice
- d) Nome do ESTIPULANTE
- e) Nº do item segurado
- f) Classe do risco
- g) Nome do Segurado (por extenso)
- h) Ocupação
- i) Data do nascimento
- j) Importâncias seguradas
- l) Outros Seguros