



SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS DE PASSAGEIROS E/OU TRIPULANTES

Processo Susep: 15414.003744/2011-52

Versão agosto 2026



Caro Segurado,

Obrigado por escolher a KEV Seguros.

Você acaba de adquirir um produto desenvolvido para atender suas necessidades e te apoiar nos momentos de imprevisto.

Nossa equipe está pronta para te prestar todo o suporte necessário e garantir a sua tranquilidade.

Abaixo, você pode conferir as Condições Gerais do seu seguro, bem como os telefones úteis para entrar em contato conosco.

CANAIS DE ATENDIMENTO
Serviço de Atendimento ao Cliente SAC: 0800 646 8378
Abertura de sinistro: 0800 646 8378
Necessidades Especiais: 0800 600 0601
Ouvidoria*: 0800 606 2320
Site: www.kevseguros.com.br
Reclamações para consumidores dos mercados supervisionados: www.consumidor.gov.br

* A Ouvidoria pode ser acionada sempre que discordar de algum posicionamento fornecido pelos canais habituais da KEV Seguros. Recomenda-se que previamente ao acionamento da Ouvidoria seja acionado o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC).



Sumário

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS DE PASSAGEIROS E/OU TRIPULANTES.....	5
1. OBJETIVO DO SEGURO:.....	5
2. DEFINIÇÕES:.....	5
3. GARANTIAS DO SEGURO:.....	14
4. RISCOS COBERTOS:	17
5. RISCOS EXCLUÍDOS:.....	17
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA:	21
7. MODALIDADES DE CAPITAL SEGURADO:	21
8. CARÊNCIA:.....	22
9. FRANQUIA:	22
10. INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURO:.....	22
11. MENORES DE 14 ANOS:	24
12. AGRAVAMENTO DO RISCO:.....	25
13. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO:.....	26
14. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL:.....	27
15. PAGAMENTO DO PRÊMIO:	27
16. ATUALIZAÇÃO DO(S) CAPITAL (IS) SEGURADO(S) E PRÊMIO(S):	30
17. RECÁLCULO DE TAXA:.....	31
18. SUSPENSÃO DO SEGURADO E DAS COBERTURAS:	32
19. REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS:.....	32
20. BENEFICIÁRIOS:	33
21. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO:	33
22. CANCELAMENTO DO SEGURO:	36



23	CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL:.....	37
24	DATA DO EVENTO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO:	38
25	DOCUMENTOS BÁSICOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS:	38
26	COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS:	42
27	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE:.....	45
28	REGIME FINANCEIRO:.....	46
29	ALTERAÇÕES CONTRATUAIS:.....	46
30	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO:.....	47
31	APLICABILIDADE DAS CONDIÇÕES GERAIS:	47
32	MORA:	47
33	PRESCRIÇÃO:.....	48
34	FORO:.....	48
35	DISPOSIÇÕES FINAIS:.....	48
ANEXO - TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE.....		50



SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS DE PASSAGEIROS E/OU TRIPULANTES

1. OBJETIVO DO SEGURO:

1.1. Este Seguro tem por objetivo garantir, dentro dos limites e sob as Condições Gerais, a seguir enumeradas, as Condições Especiais e/ou o Contrato, expressamente convencionadas, o pagamento de uma indenização ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, desde que respeitadas as Condições Contratuais e não decorrentes de riscos excluídos.

2. DEFINIÇÕES:

2.1. Aceitação: é o ato de aprovação, após análise do risco proposto, pela Seguradora, da Proposta de Contratação, efetuada pelo Estipulante, ou da Proposta de Adesão, efetuada pelo Proponente Individual, para a cobertura de determinado(s) risco(s) e que servirá de base para a emissão da Apólice e/ou do Certificado Individual.

2.2. Acidente de Trânsito: colisão, abalroamento ou capotagem envolvendo direta ou indiretamente o veículo transportador de passageiros, durante o deslocamento ou locomoção por seus meios próprios, desde que esteja trafegando por via normalmente aberta para o tráfego de veículos em geral.

2.3. Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial ou que torne necessário o tratamento médico do Segurado, observando-se que:

2.3.1. Incluem-se nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, ao acidente pessoal, observada legislação em vigor;



- b) os acidentes decorrentes da ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.3.2. Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidéz acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz por acidente pessoal.

2.4. Acidente Pessoal de Passageiros e/ou Tripulantes: é o evento súbito e involuntário exclusivamente provocado por acidente de trânsito com o veículo transportador, com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo,



súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial ou que torne necessário tratamento médico dos passageiros e/ou tripulantes do veículo sinistrado.

2.5. Aditivo: disposições complementares anexadas a uma apólice já emitida, podendo as mesmas consistirem em alterações da cobertura, cobrança de prêmio adicional, prorrogação do período de vigência, etc. O ato que formaliza a inclusão do aditivo na apólice é denominado "endosso".

2.6. Agravamento de Risco: deterioração ou alteração significativa das circunstâncias que influenciaram a avaliação do questionário original de um risco, ensejando aumento da probabilidade de vir a ocorrer o sinistro e/ou expectativa de maior severidade dos seus efeitos e que, dessa forma, indicam um aumento de taxa/prêmio do seguro, alteração das condições normais de seguro ou impossibilidade de subscrição do risco pela Seguradora. O agravamento de risco deverá ser comunicado à Seguradora tão logo o Segurado tome conhecimento, sob pena de perda da garantia.

2.7. Âmbito Geográfico de Cobertura: é a delimitação física da(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.8. Apólice: é o documento que formaliza a aceitação, pela Seguradora, da cobertura proposta pelo Proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos. É o instrumento do contrato de seguro pelo qual o Segurado repassa à Seguradora a responsabilidade sobre os riscos, estabelecidos na mesma, que possam advir.

2.9. Aviso de Sinistro: é a comunicação da ocorrência de um evento (sinistro) que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento. Pode-se dizer que é a comunicação oficial à Seguradora da ocorrência do Sinistro, sua natureza e gravidade.



- 2.10. **Beneficiário:** é a pessoa designada pelo Segurado para receber a indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado. O Segurado poderá designar, caso não exista impedimento legal, mais de um Beneficiário.
- 2.11. **Boletim de Ocorrência (BO):** termo utilizado para designar documento oficial emitido por autoridade policial, descrevendo e confirmando a ocorrência de um acidente ou fato danoso, que se torna indispensável no encaminhamento de determinadas reclamações de sinistros.
- 2.12. **Cancelamento:** título de cláusula constante das Condições Gerais dos seguros, que regula a rescisão do contrato, quer pelo Segurado, quer pela Seguradora.
- 2.13. **Capital Segurado:** é a importância máxima paga pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) em caso de sinistro em função do valor estabelecido para cada garantia contratada, vigente na data do evento.
- 2.14. **Carência:** é o período contínuo de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado não terá direito à integralidade da(s) garantia(s) contratual(is), sendo inexistente em caso de acidente pessoal. Ver Cláusula 8.
- 2.15. **Certificado Individual:** é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação ou renovação do Seguro, informa o prazo de vigência da cobertura individual, o valor do Capital Segurado e o prêmio total do Seguro.
- 2.16. **Condições Contratuais:** é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice e do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.
- 2.17. **Condições Especiais:** é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de coberturas que podem ser contratadas dentro de um mesmo Plano de Seguro e que eventualmente alteram as Condições Gerais, ampliando ou restringindo as suas disposições.



- 2.18. **Condições Gerais:** são as cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo os direitos e deveres do Segurado, da Seguradora, dos beneficiários e do Estipulante.
- 2.19. **Contrato:** é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do Plano Coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados, e dos Beneficiários.
- 2.20. **Consignante:** é a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento, em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios a serem pagos pelos Segurados.
- 2.21. **Corretor:** é o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na SUSEP para intermediar e promover Contratos de Seguro, conforme definido no Decreto-Lei nº 73/1966, na Lei nº 4.594/1964 e na Lei nº 15.040/2024.
- 2.22. **Culpa Grave:** é a modalidade de culpa caracterizada por descuido extremo, negligência acentuada ou falta de diligência muito além do razoável, aproximando-se do dolo pela intensidade da conduta. Representa a inobservância flagrante de um dever de cuidado que qualquer pessoa prudente adotaria, evidenciando desatenção grosseira, imprudência clara ou imperícia evidente.
- 2.23. **Doença:** é o evento decorrente da perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.
- 2.24. **Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes e suas Consequências:** são as doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, em relação à qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação, e que não



tenha sido declarada na Proposta de Adesão. A preexistência de doenças ou lesões poderá ser constatada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

- 2.25. **Dolo: Má-fé.** Qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro; vontade conscientemente dirigida com a finalidade de obter um resultado criminoso. Intenção de praticar um mal que é capitulado como crime, seja por ação ou omissão caracterizada pela intenção de prejudicar ou fraudar alguém.
- 2.26. **Endosso:** é o documento expedido pelo Segurador, durante a vigência do contrato/apólice, pelo qual este e o segurado acordam quando a alteração de dados, modificam condições ou objetos da apólice ou o transferem a outrem.
- 2.27. **Estipulante:** é a pessoa natural ou jurídica que administra a Apólice e representa os Segurados perante a Seguradora, tendo suas obrigações definidas nas Condições Gerais do Seguro e nas normas legais e infralegais que tratam da estipulação de seguros.
- 2.28. **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.
- 2.29. **Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice Coletiva, em determinado período.
- 2.30. **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de sinistro à Seguradora.
- 2.31. **Franquia:** é a parte do risco, determinada em valor, dias ou percentagem, que fica a cargo do Segurado, e cujo montante será fixado no Contrato.
- 2.32. **Garantias:** são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto contratado.
- 2.33. **Grupo Segurado:** é constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido aceitos como Segurados, desde que já tenha iniciado a vigência da cobertura individual.



- 2.34. **Grupo Segurável:** é o conjunto de pessoas que mantém vínculo com o Estipulante, sendo que, para fins deste Seguro, equivale aos Passageiros e/ou Tripulantes do veículo transportador de titularidade do Estipulante.
- 2.35. **Indenização:** é o valor devido pela Seguradora, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), correspondente ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado, deduzido os valores referentes à carência e/ou franquia, quando houver.
- 2.36. **Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- 2.37. **Invalidez Permanente:** é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão.
- 2.38. **Liquidação do Sinistro:** expressão usada para indicar o processo realizado pela Seguradora para apuração do dano havido em virtude da ocorrência do sinistro, suscetível de ser indenizado
- 2.39. **Má-fé:** consciência da ilicitude na prática de um ato com finalidade de lesar direito de terceiro.
- 2.40. **Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- 2.41. **Nota Técnica Atuarial:** é o documento, previamente protocolizado na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do Seguro.
- 2.42. **Parâmetros Técnicos:** a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.
- 2.43. **Prazo de Carência:** é o período, contado a partir da data do início de vigência do Seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência de sinistro, o Segurado ou o(s)



Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao recebimento dos Capitais Segurados contratados.

2.44. Prêmio de Seguro: Importância paga pelo Segurado e/ou Estipulante à Seguradora para que esta garanta interesse legítimo do Segurado contra riscos predeterminados.

2.45. Proponente: é a pessoa que propõe sua adesão ao Seguro e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

2.46. Proposta de Adesão: é o instrumento mediante o qual o Proponente expressa a intenção de participar do Seguro, especificando seus dados cadastrais, respondendo à Declaração Pessoal de Saúde e Atividades e ao questionário de risco, manifestando pleno conhecimento e concordância com as regras estabelecidas nas respectivas Condições Contratuais.

2.47. Proposta de Contratação: é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

2.48. Questionário de Avaliação de Risco: é o questionário integrante da Proposta de Adesão ou Contratação, que deve ser respondido pelo Proponente fornecendo à Seguradora as informações necessárias à aceitação da Proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio e por meio do qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado, bem como sua principal ocupação e/ou atividade e profissão. A hipótese de o Proponente omitir voluntariamente a preexistência de alguma patologia anterior a contratação do seguro implicará a exclusão de cobertura e a perda da garantia do seguro.

2.49. Reabilitação do Seguro: é o restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão.



- 2.50. **Regime Financeiro de Repartição Simples:** é aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações neste mesmo período.
- 2.51. **Regulação de Sinistro:** expressão usada para indicar o processo realizado pela Seguradora com objetivo de investigação e apuração dos danos, existência de cobertura securitária, adequação da documentação necessária à indenização e o cálculo de eventual indenização devida pela Seguradora, em virtude de ocorrência de sinistro.
- 2.52. **Reintegração do Capital Segurado:** é a recomposição do Capital Segurado após a liquidação do sinistro.
- 2.53. **Risco:** é o evento incerto ou de data incerta que independente da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o seguro. O risco é a expectativa de sinistro. Sem risco não pode haver contrato de seguro. É comum a palavra ser usada, também, para significar a coisa ou pessoa sujeita ao risco. O risco pode também ser definido como a incerteza com relação à perda, ou o risco é o objeto do seguro, configurando a probabilidade de um evento futuro atingir um bem que representa um interesse econômico para o Segurado.
- 2.54. **Riscos Excluídos:** são eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que não possuem cobertura do Seguro e que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.
- 2.55. **Segurado:** é o Proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.
- 2.56. **Seguradora:** empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no Contrato de Seguro.
- 2.57. **Seguro:** contrato pelo qual uma das partes, mediante cobrança e recebimento de prêmio, se obriga a garantir interesse legítimo da outra em razão da ocorrência de determinados eventos ou por prejuízos eventuais.



2.58. Sinistralidade: número de vezes que os sinistros ocorrem e seus valores. Mede a expectativa de perda, que é imprescindível para estabelecer o prêmio estatístico ou o custo puro de proteção.

2.59. Sinistro: ocorrência de acontecimento previsto no contrato de seguro e que, legalmente, caso esteja coberto, obriga a Seguradora a indenizar.

2.60. Taxa: elemento necessário à fixação das tarifas de prêmios, cálculos de juros, reservas matemáticas, etc. A taxa é uma percentagem fixa, que se aplica a cada caso determinado, estabelecendo a importância necessária ao fim visado.

2.61. Terminal Rodoviário: local público ou privado, aberto ao público em geral e dotado de serviços e facilidades necessárias ao embarque e desembarque de passageiros.

2.62. Tripulante: Funcionário ou prestador de serviço da Empresa Transportadora em atividade ou em disponibilidade durante o transcorrer da viagem do veículo transportador. Exemplos: Motorista, cobrador e guias turísticos.

2.63. Vigência do Seguro: é o período de tempo fixado para validade do seguro (ou cobertura). É o prazo que determina o início e o fim da duração das coberturas ou garantias contratadas.

2.64. Vigência da Cobertura Individual: é o período em que o Segurado está coberto pela(s) garantia(s) deste Seguro.

2.64.1.

3. GARANTIAS DO SEGURO:

3.1. As garantias do Seguro se dividem em Básicas e Adicionais, sendo que o Seguro não pode ser contratado sem pelo menos uma das garantias básicas.

3.2. Garantias Básicas: Garantia obrigatória na contratação do Seguro. As Garantias Básicas deste seguro, conforme a seguir descrito, são: a) Morte Acidental (MA); b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

a) Morte Acidental (MA): Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização em caso de falecimento do Passageiros e/ou Tripulantes,



decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto, de acordo com a modalidade contratada, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio Segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada pelo evento Acidente Pessoal de Passageiros e/ou Tripulantes ocorrido durante a vigência deste Seguro.

a) Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de Invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, calculada conforme Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente, anexa às presentes Condições Gerais.

b) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

c) Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado.

d) Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a da indenização prevista para sua perda total.



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

f) A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica, sendo facultada à Seguradora a solicitação de junta médica.

f.1) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta garantia.

g) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

h) A Indenização de Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

3.3. Garantia Adicional: A Garantia Adicional somente poderá ser contratada se houver a contratação de pelo menos uma das garantias básicas. A única garantia adicional deste Seguro é de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), conforme descrito a seguir.

3.4. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO): Garante ao Segurado, em decorrência de Evento Coberto, o reembolso, até o valor do Capital Segurado contratado nesta cobertura, de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do Acidente Pessoal de Passageiros e/ou Tripulantes. A Seguradora indenizará as despesas



médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares, incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado.

a) Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

- a.1) Estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- a.2) Aparelhos que se referem a órteses (aparelho ou equipamento que venha a sustentar ou corrigir alguma parte do corpo humano) de qualquer natureza e a próteses (substituição de um órgão ou parte dele por uma peça artificial) de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.
- b) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços Médicos, Hospitalares e Odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- c) A comprovação das Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.
- d) Esta Garantia aplica-se somente para eventos ocorridos no território nacional.

4. RISCOS COBERTOS:

4.1. A cobertura deste Seguro limita-se às consequências de Acidente Pessoal de Passageiros e/ou Tripulantes ocorridos aos Segurados transportados nos veículos de propriedade do Estipulante/Subestipulante ou sob sua responsabilidade e devidamente licenciado.

5. RISCOS EXCLUÍDOS:

5.1. Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste Seguro os eventos ocorridos em consequência de:



- a) Doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Proponente ou Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão;
- b) Ato doloso ilícito do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro;
- c) Ato doloso ilícito praticado por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários ou seus representantes, para os Seguros contratados por Pessoa Jurídica;
- d) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- e) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- f) Tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- g) Atos terroristas;
- h) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- i) Suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência individual;
- j) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei. Os riscos excluídos previstos neste item não se aplicam aos casos em que o acidente pessoal sofrido pelo Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- k) Qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que



provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;

- l) Inundações, secas, tempestades, raios, vendavais, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e eventos assemelhados;
- m) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente de trânsito coberto;
- n) Internação para repouso ou convalescença;
- o) Estadia em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por recomendação médica;
- p) Enfermagem em caráter particular, a domicílio ou em hospital;
- q) Despesas de estada, alimentação, passagens e quaisquer outras despesas que não tenham sido realizadas pelo próprio acidentado;
- r) Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o tratamento do Segurado e despesas com refeição de acompanhantes.
- s) Inobservância às disposições que disciplinam o transporte de passageiros por vias urbanas e/ou rodovias, em terminais rodoviários e/ou em outros locais públicos ou particulares de início ou término da viagem, desde que não impedidos ao tráfego de veículos, inclusive acidentes diretamente causados pela violação de disposições legais ou regulamentares relativas à lotação máxima de passageiros e/ou limitação de capacidade, volume, peso e/ou dimensão de bagagens, malas postais e/ou encomendas, bem como acidentes causados por má arrumação, mau acondicionamento e/ou deficiência de embalagens, malas postais e/ou encomendas;
- t) Perdas ou danos decorrentes de causas que não as advindas de acidentes de trânsito envolvendo o veículo segurado;
- u) Danos causados por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo Segurado, pelo seu representante legal, pelo Beneficiário, pelo



proprietário do veículo segurado ou por funcionários e prepostos destes. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, esta exclusão aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes legais;

- v) Perdas ou danos causados por veículo segurado conduzido por pessoa sem carteira de habilitação legal, com a carteira de habilitação suspensa ou não apropriada à categoria do veículo, com o exame médico vencido e não renovado por indeferimento do competente órgão de trânsito e, finalmente, por pessoa em situação de impedimento para conduzir veículos automotores em razão do acúmulo de pontuação em excesso, conforme dispõe o Código de Trânsito Brasileiro, e desde que haja nexo de causalidade, comprovado pela Seguradora, entre irregularidade do condutor do veículo e o evento que provocou os danos reclamados;
- w) Perdas ou danos sofridos por pessoas transportadas em locais não especificamente destinados e apropriados a tal fim, bem como pessoas transportadas em pé;
- x) Perdas ou danos ocorridos quando o veículo segurado estiverem trânsito por estradas ou caminhos impedidos, não abertos ao tráfego, praias ou terrenos arenosos, trilhas, várzeas, rios, represas, ribeirões, córregos e/ou aeroportos;
- y) Perdas ou danos causados pelo veículo segurado que tenha sido roubado, furtado ou sequestrado, durante esse período;
- z) Perdas ou danos ocorridos durante a participação do veículo segurado em competições, gincanas, apostas e provas de velocidade, legalmente autorizadas ou não;
- aa) Perdas ou danos causados por veículo segurado conduzido por pessoa que não o próprio Segurado, seu funcionário ou preposto expressa e previamente contratado;
- bb) Danos morais ou estéticos causados pelo Segurado ou condutor, em decorrência de acidente envolvendo o veículo segurado;



- cc) Perdas ou danos causados por veículo que esteja circulando sem licença, ou com licença vencida e/ou não renovada pelas autoridades competentes;
- dd) Danos corporais decorrentes de acidentes, brigas e/ou agressões envolvendo exclusivamente Passageiros, Condutor, Tripulantes e Segurado durante viagem de veículo transportador segurado, ainda que ocorridas em seu interior.
- ee) Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas, como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos e acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do Segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA:

- 6.1. As garantias com cobertura para morte acidental e invalidez permanente previstas no Seguro aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.
- 6.2. A garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas aplica-se para eventos cobertos ocorridos somente em território nacional brasileiro.

7. MODALIDADES DE CAPITAL SEGURADO:

- 7.1. Na contratação do Seguro deverá ser escolhida uma das modalidades de Capital Segurado, apresentadas abaixo:
- 7.1.1. - Uniforme: O Capital Segurado é igual para todos os Segurados.
- 7.1.2. - Livre Escolha ou Variado: Consiste na escolha do Capital Segurado pelo Estipulante ou pelo próprio Segurado, no ato da assinatura da Proposta de Adesão e/ou Contratação.
- 7.2. As despesas de salvamento para evitar o sinistro ou atenuar seus efeitos estão limitadas a 1% (um por cento) da cobertura contratada ou ao valor máximo de



R\$ 10,00 (dez reais), por evento coberto, observado o disposto nestas Condições Contratuais.

8. CARÊNCIA:

- 8.1. O período de carência, quando previsto no Contrato, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou de sua recondução depois de suspenso.
- 8.2. Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses, contados do início de vigência do seguro.
- 8.3. O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido nestas Condições Gerais.

9. FRANQUIA:

- 9.1. Podem ser aplicadas franquias a garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO).
 - 9.1.1. Para a Garantia Adicional de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), o valor da franquia estará definido no Contrato da Apólice, respeitando ainda, que o valor da franquia máxima não será superior ao valor do Capital Segurado da Cobertura, podendo ser considerada uma proporcionalidade da franquia em relação ao Capital Segurado Contratado.

10. INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURO:

- 10.1. A inclusão de possíveis Segurados principais é feita por adesão ao Seguro, conforme especificado no Contrato:
 - 10.1.1. Adesão compulsória, quando o Seguro vier a abranger todo o grupo segurável; ou



- 10.1.2. Adesão facultativa, quando o Seguro vier a abranger somente os componentes do grupo segurável que desejarem ingressar na Apólice.
- 10.1.3. Poderão ser incluídos no Seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
- 10.1.4. A celebração ou alteração do Contrato somente poderá ser feita mediante Proposta assinada pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de Seguros e deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.
- 10.1.5. O Questionário de Avaliação de Risco é parte integrante da Proposta de Adesão, devendo ser preenchida e assinada pelo Proponente.
- 10.2. A critério da Seguradora, poderão ser aceitos, após análise da Proposta de Adesão, os componentes do grupo segurável que satisfizerem o estabelecido no Contrato assinado com o Estipulante.
- 10.3. Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, esta terá o prazo de até 25 (vinte e cinco) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Adesão por escrito ao Proponente, o Seguro considera-se aceito.
- 10.3.1. Não serão recepcionadas Propostas de Adesão com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.
- 10.3.2. Caberá à Seguradora fornecer ao Proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 10.4. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise da Proposta de Adesão.
- 10.5. O Segurado se obriga a declarar, na Proposta de Adesão, ou quando da solicitação de aumento no valor do Capital Segurado, a existência de quaisquer outros Seguros de Vida ou de Acidentes Pessoais.



- 10.6. O Proponente é obrigado a fornecer à Seguradora, com fidedignidade, todas as informações necessárias à aceitação da proposta e ao cálculo do prêmio. O descumprimento do dever de informar implicará nas penalidades descritas na Cláusula 21 destas Condições Gerais.
- 10.7. A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar, uma única vez, que o Proponente apresente laudos médicos e/ou exames médico/laboratoriais e/ou se submeta à realização de exames médico/laboratoriais por profissionais por ela indicados. Nestes casos, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias previsto na Cláusula 15.3 será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 10.8. A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada ao Proponente por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, consequentemente, cancelamento da Proposta de Adesão.
- 10.9. Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de Proposta de Adesão.
- 10.10. A cada Segurado incluído no Seguro será enviado um Certificado Individual.
- 10.11. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

11. MENORES DE 14 ANOS:

- 11.1. Conforme Art. 6º da Resolução CNSP nº 439/2022, as garantias que preveem o pagamento do Capital Segurado em caso de morte do Segurado menor de 14 (quatorze) anos de idade destinam-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que: incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.



12. AGRAVAMENTO DO RISCO:

12.1. O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todas as alterações que agravem o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se for provado que silenciou de má-fé.

12.1.1. A Seguradora, ciente do agravamento, terá o prazo de 20 (vinte) dias para efetuar a cobrança da diferença de prêmio ou, se não for tecnicamente possível garantir o novo risco, resolver (cancelar) o contrato.

12.1.2. O Contrato de Seguro perderá efeitos no prazo de 30 (trinta) dias contados do recebimento da notificação comunicando a resolução. A resolução poderá ser feita por qualquer meio idôneo que comprove o recebimento da notificação pelo Segurado ou seu(ua) Corretor(a) de Seguros, e a Seguradora deverá restituir a eventual diferença de prêmio, ressalvado, na mesma proporção, seu direito ao ressarcimento das despesas incorridas com a contratação do seguro.

12.1.3. Se o Segurado descumprir dolosamente o dever previsto na Cláusula 12.1 haverá a perda da garantia do seguro, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

12.1.4. Se o Segurado descumprir culposamente o dever previsto na Cláusula 12.1, será obrigado ao pagamento da diferença de prêmio apurada pela Seguradora ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder a tipo de risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, o Segurado não fará jus a garantia.

12.1.5. Se o aumento do prêmio decorrente do agravamento do risco for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o Segurado poderá recusar a modificação do contrato/apólice, resolvendo-o no prazo de 15(quinze) dias, contado da alteração no prêmio e com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.



12.1.6. Qualquer alteração da apólice somente poderá ser processada através de endosso, mediante proposta assinada pelo Segurado, pelo seu representante legal ou pelo seu(ua) Corretor(a) de Seguros registrado na SUSEP, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete.

12.1.7. As alterações vigorarão a partir da data indicada na proposta para o início de vigência das mesmas, desde que a respectiva proposta seja aceita pela Seguradora, conforme previsto na Cláusula 10 destas Condições Gerais.

12.1.8. Sem prejuízo de outras hipóteses, serão consideradas como causas de agravamento de risco, sendo, portanto, suscetíveis de acarretar à perda da cobertura, o estado de insanidade mental, a embriaguez e o uso de substâncias tóxicas pelo Segurado, Condutor ou proprietário do veículo segurado, bem como a condução do veículo em velocidade superior àquela permitida para a via em que ocorrido o sinistro, desde que tais situações tenham sido determinantes para ocorrência do sinistro.

13. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO:

13.1. As vigências da Apólice, bem como a vigência das coberturas individuais, serão especificadas no Contrato.

13.1.1. As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

13.1.2. A vigência da Apólice será de 12 (doze) meses, salvo disposição contrária constante do Contrato.

13.1.3. O presente Seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos do Contrato.

13.2. A renovação da Apólice, que não implicar em ônus ou dever para os Segurados, poderá ser realizada por intermédio do Estipulante.

13.2.1. A renovação deste Seguro NÃO é automática, devendo o Segurado, Estipulante ou Corretor de Seguros encaminhar, à Seguradora, proposta



renovatória, pelo menos 30 (trinta) dias antes do término de vigência do contrato em vigor.

13.2.2. No caso de o Segurado, Estipulante ou Corretor de Seguros submeter a proposta renovatória em desacordo com a prazo fixado acima, a Seguradora poderá fixar, em caso de aceitação, a data de início da vigência do novo seguro diferentemente da data do término da vigência do seguro até então em vigor.

13.3. Durante a vigência do Seguro, qualquer modificação ocorrida na Apólice Coletiva, para os seguros contratados por meio de Estipulantes, que implicar em ônus ou dever para os Segurados, dependerá de anuência de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado, exceto para as modificações decorrentes do reenquadramento tarifário do prêmio mensal já previsto contratualmente na cláusula 17 destas Condições Gerais.

14. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL:

14.1. A cobertura individual deste Seguro inicia-se no momento do embarque do Segurado (Passageiro e/ou Tripulante) no veículo transportador, permanecendo durante todo o seu deslocamento pelas vias urbanas e rodovias, terminando imediatamente no momento do desembarque do Passageiro e/ou Tripulante do veículo transportador.

14.2. Estarão cobertos pelo presente Seguro todos os Segurados que tenham iniciado sua viagem dentro do prazo de vigência da Apólice.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO:

15.1. O custeio do Seguro poderá ser:

15.1.1. Contributário, em que os Segurados pagam o prêmio total.



15.1.2. Parcialmente Contributário, em que os Segurados pagam um percentual dos prêmios e o Estipulante/Subestipulante paga um percentual dos prêmios.

a) A soma dos percentuais pagos pelos Segurados e pelo Estipulante/Subestipulante sempre deverá ser igual a 100% (cem por cento).

15.1.3. Não Contributário, em que os Segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago pelo Estipulante/Subestipulante.

15.2. Periodicidade do Pagamento: Os prêmios de Seguro poderão ser pagos pelo Segurado e/ou Estipulante/Subestipulante de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual.

15.3. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante/Subestipulante o recolhimento dos prêmios mensais, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, conforme as cláusulas estabelecidas no Contrato. O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não prejudicará o Segurado.

15.4. É expressamente vedado ao Estipulante e à Seguradora o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do Seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

15.5. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do Segurado por escrito.

15.6. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser realizado até a data de vencimento prevista no documento de cobrança.



- 15.7. Quando a data limite para pagamento do prêmio coincidir com feriado bancário ou final de semana, o pagamento poderá ser efetuado, no primeiro dia útil subsequente.
- 15.8. Servirá de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.
- 15.9. O direito à garantia não será prejudicado se ocorrer sinistro dentro do prazo de pagamento do prêmio, sem que este tenha sido efetuado, desde que cumprida a obrigação, pelo Segurado, Estipulante ou Subestipulante até a data aprazada. Nesta hipótese, caso o Segurado, Estipulante ou Subestipulante não efetue o pagamento do prêmio até a data de vencimento aprazada, poderá a Seguradora recusar o sinistro em decorrência da inadimplência, ainda que se tenha dado início à regulação do sinistro.
- 15.10. Decorrido o prazo de pagamento sem que tenha sido quitada a respectiva Ficha de Compensação ou documento equivalente, a apólice ou certificado de seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelada, após o decurso dos prazos mencionados nas Cláusulas 15.11, 18 e 22 destas Condições Gerais, sem que caiba restituição de quaisquer parcelas do prêmio, eventualmente já pagas, exceto quando previsto em contrário nas Condições Particulares.
- 15.11. Caso seja verificado o não pagamento de quaisquer parcelas do prêmio do seguro, a exceção da primeira ou única, vide Cláusula 15.14 destas Condições Gerais, a Seguradora encaminhará ao Segurado ou ao Estipulante/Subestipulante, observada a forma de custeio do prêmio descrita nestas Condições Gerais, por qualquer meio de envio legalmente admitido, notificação extrajudicial para quitação do(s) prêmio(s) vencido(s), concedendo-lhe o prazo inarredável de 15 (quinze) dias para purgação de mora, sob pena de resolução do contrato de seguro. Vencido o prazo e não quitado o prêmio, a apólice será definitivamente cancelada no prazo de 90 (noventa) dias,



contados da última notificação enviada ao Segurado ou ao Estipulante/Subestipulante, sem que seja necessário o encaminhamento de qualquer outro documento ao Segurado, Estipulante ou Subestipulante, conforme faculta o §5º, do art. 21 da Lei nº 15.040/2024.

15.12. No período compreendido entre a data do envio da notificação extrajudicial referida acima e o prazo de purga de mora as garantias da apólice estarão suspensas. Decorrido o prazo de purga da mora, a Seguradora não efetuará pagamento algum relativo a sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela de prêmio não paga.

15.13. Na hipótese de o Segurado, Estipulante ou Subestipulante recusar o envio da notificação ou, por qualquer razão, não sejam encontrados nos endereços informados à Seguradora, os prazos previstos na Cláusula 15.11 terão início na data da frustração da notificação.

15.14. Caso não seja paga a prestação única ou a primeira parcela do prêmio, a Apólice e os certificados de seguro será automaticamente cancelados e resolvidos, sendo considerado como inexistente e não perfectibilizado o contrato de seguro, não sendo necessário o envio de qualquer notificação ou documento ao Segurado ou seu(ua) Corretor(a) de Seguros comunicando o cancelamento.

15.15. Os tributos serão pagos por quem a Lei determinar.

16. ATUALIZAÇÃO DO(S) CAPITAL (IS) SEGURADO(S) E PRÊMIO(S):

16.1. O(s) Capital(is) Segurado(s) e o(s) prêmio(s) será(ão) atualizado(s) a cada aniversário do Seguro com base na variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

16.2. Na eventualidade de ser extinto o IPCA/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação acumulada Índice Geral de Preços ao



Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

- 16.3. Caso o Segurado deseje aumentar espontaneamente o(s) seu(s) Capital(is) Segurado(s), a parcela do aumento estará sujeita a subscrição de uma nova Proposta de Adesão. Para tanto, a parcela do referido aumento será considerada como um Seguro Novo, cuja aprovação dependerá de prévia apreciação por parte da Seguradora.

17. RECÁLCULO DE TAXA:

- 17.1. A Seguradora efetuará avaliações anuais, na data estabelecida no Contrato de Seguro, da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da Apólice e nos prêmios efetivamente recebidos.
- 17.2. Havendo necessidade de ajustes, a taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da Apólice, desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da mesma. A alteração na taxa será realizada por endosso à Apólice, observando o disposto na Cláusula 29 destas Condições Gerais.
- 17.3. Poderá também haver o recálculo das taxas do Seguro, em qualquer época de vigência, quando ocorrerem alterações substanciais nas hipóteses atuariais, devidamente justificadas tecnicamente perante a Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, observando-se o critério definido na Cláusula 29.
- 17.4. Quando a alteração na taxa pura for aplicada às apólices vigentes, será realizada por endosso à Apólice e esta modificação dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.



18. SUSPENSÃO DO SEGURADO E DAS COBERTURAS:

18.1. O período de cobertura do risco durante a vigência do Seguro respeitará a periodicidade do pagamento do prêmio, prevista na Cláusula 15 destas Condições Gerais. Em caso de não pagamento do prêmio do seguro na data de vencimento aprazada, serão aplicados os procedimentos descritos na Cláusula 15.11 e seguintes destas Condições Gerais.

18.1.1. Na hipótese de inadimplemento no pagamento do prêmio, as coberturas do seguro ficarão suspensas desde a data de vencimento original da parcela não paga até a data da quitação do prêmio vencido ou até expirado o prazo descrito na notificação de purga da mora referida na Cláusula 15.11 destas Condições Gerais.

19. REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS:

19.1. Ocorrendo qualquer uma das situações de suspensão de coberturas previstas na Cláusula 18, admitir-se-á, antes que se completem 90 (noventa) dias de suspensão das garantias do seguro, a cada período de doze meses de vigência da Apólice, a reabilitação das coberturas do Seguro, mediante pagamento do prêmio referente à vigência a decorrer.

19.1.1. Nessas ocorrências, as coberturas do Seguro serão restabelecidas a partir das vinte e quatro horas da data do efetivo pagamento do prêmio, sendo que qualquer indenização eventualmente devida nesse período dependerá de prova de que, antes da ocorrência do sinistro, o prêmio referente à vigência a decorrer tenha sido pago.

19.1.2. A resolução do Contrato de Seguro em razão do não pagamento das parcelas do prêmio, a exceção da primeira ou única, ocorrerá no prazo de 90 (noventa) dias, contados da última notificação enviada pela Seguradora ao Segurado ou ao Estipulante/Subestipulante,



20. BENEFICIÁRIOS:

20.1. É facultado ao Segurado indicar ou substituir o(s) Beneficiário(s).

20.2. O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) nominalmente pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida, assinada e com firma reconhecida por autenticidade.

20.2.1. Na falta da indicação de Beneficiário, ou se por qualquer outro motivo não prevalecer a que for feita, aplicar-se-á, para efeito de pagamento de indenização, o disposto nos artigos 113 a 115 da Lei nº 15.040/2024.

20.2.2. A alteração de Beneficiário será considerada a partir do momento em que a Seguradora receber a comunicação por escrito.

20.3. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e/ou Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, o próprio Segurado será o Beneficiário.

21. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO:

21.1. Além dos casos previstos em lei, a Seguradora ficará isenta de qualquer obrigação decorrente deste contrato se:

21.1.1. O Segurado, o Estipulante/Subestipulante, o proprietário do veículo segurado ou o Condutor do veículo segurado agravar intencionalmente o risco;

21.1.2. O Segurado, o Estipulante/Subestipulante, seus representantes legais, seu(ua) Corretor(a) de seguros, o proprietário do veículo segurado ou o Condutor fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias de seu conhecimento que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio;



- 21.1.3. O Segurado ou o proprietário do veículo segurado deixar de cumprir as obrigações convencionadas nesta apólice;
- 21.1.4. O Segurado, o Estipulante/Subsestipulante ou o Condutor dirigir o veículo sem habilitação legal ou permitir que o mesmo seja dirigido por pessoa não habilitada legalmente ou habilitada para dirigir veículo de categoria diferente daquele envolvido em qualquer acidente de trânsito;
- 21.1.5. O sinistro for devido à culpa grave equiparável ao dolo ou dolo do Segurado, do Estipulante/Subsestipulante, do proprietário do veículo segurado ou do Condutor do veículo segurado;
- 21.1.6. O Segurado, o Estipulante/Subsestipulante, seus representantes, prepostos, o proprietário do veículo segurado ou qualquer outra pessoa, por qualquer meio, procurar obter benefícios ilícitos do seguro a que se refere esta apólice;
- 21.1.7. O veículo não possuir o Certificado de Vistoria Veicular Anual (CVVA) em vigor ou o Laudo de Vistoria Veicular (LVV) devidamente homologado e vigente;
- 21.1.8. O veículo estiver sem condições de segurança;
- 21.1.9. O veículo segurado não estiver devidamente licenciado junto ao(s) órgão(s) de trânsito competente(s) e/ou poder concedente, exceto a utilização disposta na apólice seja "Veículos Isento de Registro";
- 21.1.10. O Segurado perderá direito a indenização em caso de estado de insanidade mental, embriaguez e o uso de substâncias tóxicas pelo Segurado, o Estipulante/Subsestipulante, ou qualquer pessoa que esteja conduzindo o veículo, com ou sem o consentimento do Segurado, desde que tais situações tenham sido determinantes para ocorrência do sinistro;
- 21.1.11. O Segurado perderá direito a indenização caso seja apurado que o veículo segurado estava sendo conduzido em velocidade superior ao limite máximo estabelecido na via/rodovia em que aconteceu o acidente, desde que tal circunstância tenha sido determinante para a ocorrência do sinistro;



- 21.1.12. O Condutor do veículo estiver sem habilitação legal e apropriada, ou quando tal documento estiver suspenso, cassado, vencido e/ou não renovado por restrições médicas e/ou legais, incluindo a suspensão por excesso de pontos na CNH;
- 21.1.13. Se o veículo estiver sendo conduzido por pessoas que não tenham o curso regular para transportar passageiros em coletivos e veículos escolares ou de emergência;
- 21.1.14. O Segurado, o Estipulante/Subsestipulante ou o proprietário do veículo segurado prestar declarações inverídicas durante a regulação do sinistro;
- 21.1.15. Estiver com o pagamento do prêmio e/ou suas parcelas em atraso, observado o disposto na cláusula "Pagamento do Prêmio".
- 21.2. A hipótese de ser constatado que a inexatidão e/ou a omissão nas declarações prestadas resultou de dolo ou má-fé do Segurado, do Estipulante/Subsestipulante ou do(a) proprietário(a) do veículo segurado, de seus sócios, dirigentes, funcionários e empregados, ou, ainda, de seu representante legal, incluindo o(a) Corretor(a) de Seguros, implicará em perda da garantia do seguro, sem prejuízo da dívida do prêmio e da obrigação de ressarcir integralmente todos valores despendidos pela Seguradora, podendo a Seguradora tomar todas as providências judiciais ou extrajudiciais necessárias no sentido de reaver os valores indenizados.
- 21.3. A hipótese de ser constatado que a inexatidão e/ou a omissão nas declarações prestadas resultou de descumprimento culposo do Segurado, do Estipulante/Subsestipulante ou do(a) proprietário(a) do veículo segurado, de seus sócios, dirigentes, funcionários e empregados, ou, ainda, de seu representante legal, incluindo o(a) Corretor(a) de Seguros, implicará em redução da garantia do seguro proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o prêmio que seria devido pelo Segurado caso as informações corretas tivessem sido prestadas corretamente.



- 21.4. Na hipótese de ser apurado, diante das informações prestadas e dos fatos não relevados por ocasião da Proposta, que a garantia é tecnicamente impossível ou se esse risco corresponder a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, a Apólice será extinta, sem prejuízo de o Segurado ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora.
- 21.5. O Segurado ou o Estipulante/Subsestipulante perderão o direito à garantia se agravarem intencionalmente o risco objeto do contrato ou se o sinistro for devido à culpa grave equiparável ao dolo ou dolo do Segurado, do Estipulante/Subsestipulante, do condutor do veículo segurado, do proprietário do veículo segurado e/ou de seu(s) funcionário(s).
- 21.6. Sob pena de perder o direito à indenização, o Segurado ou o Estipulante/Subsestipulante participarão o sinistro prontamente à Seguradora, tão logo tome conhecimento, e adotará as providências imediatas para minorar suas consequências.
- 21.6.1. O(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização quando o Segurado se suicidar nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do Seguro.

22. CANCELAMENTO DO SEGURO:

- 22.1. Caso não seja paga a prestação única ou a primeira parcela do prêmio, a Apólice e os certificados de seguro será automaticamente cancelados e resolvidos, sendo considerado como inexistente e não perfectibilizado o contrato de seguro, não sendo necessário o envio de qualquer notificação ou documento ao Segurado ou seu(ua) Corretor(a) de Seguros comunicando o cancelamento.
- 22.2. Transcorrido o prazo de purga da mora, conforme descrito na cláusula 15.11 destas Condições Gerais, sem que haja o pagamento do(s) prêmio(s) devido(s), ficam a Apólice e os certificados individuais definitivamente cancelados no prazo de 90 (noventa) dias, contados da última notificação enviada ao Segurado ou ao Estipulante/Subsestipulante, sem que seja necessário o



encaminhamento de qualquer outro documento ao Segurado, Estipulante ou Subestipulante, conforme faculta o §5º, do art. 21 da Lei nº 15.040/2024.

22.3. Nos Seguros contributários, caso constatado o não pagamento do(s) prêmio(s) do Seguro, a exceção da prestação única ou da primeira parcela do prêmio, a Seguradora encaminhará notificação extrajudicial ao Segurado para quitação do(s) prêmio(s) vencido(s), concedendo-lhe o prazo inarredável de 15 (quinze) dias para purgação de mora, sob pena de resolução do contrato de seguro. Vencido o prazo e não quitado o prêmio, a apólice será definitivamente cancelada no prazo de 90 (noventa) dias, contados da última notificação enviada ao Segurado ou ao Estipulante/Subestipulante.

22.4. Nos Seguros não contributários, em que os prêmios são pagos pelo Estipulante/Subestipulante, a Seguradora encaminhará notificação extrajudicial ao Estipulante/Subestipulante para quitação do(s) prêmio(s) vencido(s), a exceção da prestação única ou da primeira parcela do prêmio, concedendo-lhe o prazo inarredável de 15 (quinze) dias para purgação de mora, sob pena de resolução do contrato de seguro. Vencido o prazo e não quitado o prêmio, a apólice será definitivamente cancelada no prazo de 90 (noventa) dias, contados da última notificação enviada ao Estipulante/Subestipulante.

22.5. A Seguradora ou o Estipulante/Subestipulante poderão solicitar o cancelamento da Apólice mediante manifestação formal em até 60 (sessenta) dias da data de aniversário da mesma.

23 CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL:

23.1. O prazo de vigência da cobertura individual pode ser abreviado em razão do cancelamento da Apólice ou de sua não renovação.

23.2 Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda:

23.2.1. com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante; ou



23.2.2 . nos Seguros contributários, quando o Segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

24 DATA DO EVENTO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGUADO:

24.1. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

Garantia	Evento	Capital Segurado Vigente na Data:
Morte Acidental (MA)	Morte Acidental	Do acidente
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)	Invalidez por Acidente	Do acidente
Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas - (DMHO)	Despesas por Acidente	Do acidente

24.2 A reintegração do Capital Segurado relativo à garantia básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), somente nos casos de Indenização Parcial, e adicional de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), caso contratadas, é automática após cada acidente, com cobrança de prêmio adicional.

25 DOCUMENTOS BÁSICOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS:

25.1. Os documentos básicos, necessários para a Regulação de Sinistros, a serem encaminhados à Seguradora, devem ser originais ou autenticados em cartório, quando for o caso.

25.2 Segue abaixo a relação dos documentos básicos para a Regulação de Sinistros, conforme a cobertura sinistrada:



Garantia	Evento	Documentos Básicos
Morte Acidental (MA)	Morte Acidental	25.2.1a), 25.2.1b), 25.2.1c), 25.2.1d), 25.2.1e), 25.2.1f), 25.2.1g), 25.2.1k)
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)	Invalidez por Acidente	25.2.1a), 25.2.1c), 25.2.1d), 25.2.1e), 25.2.1g), 25.2.1h), 25.2.1i), 25.2.1j), 25.2.1k), 25.2.1l)
Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)	Despesas por Acidente	25.2.1a), 25.2.1c), 25.2.1j), 25.2.1k), 25.2.1m), 25.2.1n)

25.2.1 Legenda dos Documentos Básicos para Regulação de Sinistros:

- a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo médico assistente;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Cópia do CRLV (Certificado de Registro e Licenciamento do Veículo), exercício atual, do Segurado, Estipulante/Subestipulante e Terceiro, se for o caso;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- g) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, quando realizado;
- h) Declaração de herdeiros, se necessário;
- i) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;



- j) Original do Atestado de Alta Médica definitiva, informando as sequelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membro lesados, inclusive o percentual;
- k) Laudo médico pericial que comprove as sequelas deixadas pelo acidente, discriminando o grau de invalidez em percentual e resultados de exames comprobatórios de invalidez;
- l) Cópia do Resultado de todos os exames realizados, diagnóstico e de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme;
- m) Cópia do comprovante de Residência do Segurado;
- n) Comprovante de pagamento do último prêmio antes da data de sinistro;
- o) Cópia do Boletim de Atendimento Hospitalar e/ou Prontuário Médico Hospitalar na data do Acidente;
- p) Originais de todos os comprovantes de despesas médicas, odontológicas e hospitalares, tais como: receituários, recibos e notas fiscais;
- q) Originais dos resultados de todos os exames e exames complementares realizados pelo Segurado.

25.2.2. Sem prejuízo dos documentos listados no item 25.2.1 acima, os Beneficiários deverão encaminhar os seguintes documentos para o caso de o sinistro envolver Morte:

- a) Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) Cópia Simples do Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML;
- c) Cópia autenticada de RG e CPF da vítima;
- d) Cópia Simples da Certidão de casamento com data atualizada, extraída após o óbito, constando a devida averbação de morte do cônjuge;
- e) Cópia autenticada de RG, CPF e comprovante de endereço do Cônjuge (Conta de Água / Luz / Gás). Para casos de vítimas solteiras, se faz necessário o envio de cópias autenticadas dos documentos pessoais (CPF, RG e Comprovante de Residência) dos beneficiários legais;



- f) Original da Declaração de Únicos Herdeiros (Folha única com firma reconhecida de todas as assinaturas - beneficiários e testemunhas). Também encaminhar documentos pessoais das testemunhas;
- g) Declaração de autorização para crédito em conta do(s) beneficiário(s) no caso de eventual pagamento.
- h) Carta de concessão de pensão por morte E/OU certidão de dependentes do INSS
- i) Para indenização de menores, se faz necessária a abertura de conta corrente ou poupança em nome do menor, devendo ser encaminhada cópia autenticada do RG, CPF e Certidão de Nascimento.
- j) Para comprovação de união estável, se faz necessária declaração registrada em cartório com data anterior ao sinistro, ou na falta desta, encaminhar a carta de concessão do benefício de pensão por morte concedida pelo INSS.

25.3 Documentos do(s) Beneficiário(s): Os documentos do(s) Beneficiário(s) estão relacionados conforme seu parentesco/afinidade com o Segurado.

25.3.1 Próprio Segurado: Carteira de Identidade e CPF.

- a) Nos casos em que houver a nomeação de um Curador para o Segurado, deverá ser enviado também a cópia da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e autorização de pagamento em nome do curador nomeado.

25.3.2 Cônjuge: Cópia autenticada da Certidão de Casamento com data atualizada após o óbito com averbações, comprovante de residência, telefone (incluindo DDD), Carteira de Identidade e CPF.

25.3.3 Companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, documento que comprove a união estável na data do evento, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD).

- a) Caso o segurado (a) tenha companheira (o) reconhecida (o) no órgão previdenciário, deverá ser enviado o respectivo documento que comprove tal vínculo marital e Escritura Pública de Declaração informando quanto tempo o companheiro (a)



conviveu maritalmente com o(a) segurado(a) e se essa união perdurou até o falecimento do mesmo.

25.3.4 Filhos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento (se menor de idade), bem como Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD).

25.3.5 Pais e Outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD).

25.3.6 Estipulante: Em caso de pagamento para o Estipulante, deverá ser apresentado termo de cessão de direitos elaborado pelo responsável financeiro a favor da Instituição.

25.4 Declaração de Únicos Herdeiros: Caso o Segurado não tenha indicado seus beneficiários, em conjunto com a documentação de para regulação dos sinistros deverá ser encaminhada a declaração de únicos herdeiros e a documentação dos respectivos, conforme lista de documentos de acordo com o parentesco/afinidade.

25.5 Importante: A documentação informada nesta Cláusula é básica, podendo ser solicitados pela Seguradora outros documentos complementares.

26 COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS:

26.1. Em caso de sinistro, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro a ser fornecido pela Seguradora, e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados na Cláusula 25 destas Condições Gerais.

26.1.1. O aviso de sinistro deverá ser realizado pelo Segurado ou seu(s) Beneficiário(a) por meio de qualquer canal de comunicação disponibilizado pela Seguradora, principalmente, através da Central de Aviso de Sinistros.

26.2 A provocação dolosa ou com culpa grave do sinistro ou a constatação de fraude por ocasião da reclamação do sinistro implicará a perda do direito à



indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

26.3 O prazo para pagamento da indenização, por parte da Seguradora, é limitado a 30 (trinta) dias contados a partir da entrega, pelo Segurado ou Beneficiário, da documentação básica necessária para a regulação do sinistro, definida no item 25 destas Condições Gerais. Em caso de dúvida fundada, a Seguradora poderá solicitar nova documentação. Neste caso, a contagem do prazo para o pagamento da indenização será suspensa e continuará a correr a partir da entrega de toda a documentação solicitada.

26.3.1 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente e o aviso de sinistro não importam, por si só, no reconhecimento ou assunção da obrigação de pagar qualquer indenização.

26.4 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

26.5 O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, as suas expensas, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

26.6 Divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza ou extensão das lesões ou doenças, devem ser 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. A constituição da junta médica será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação.

26.6.1 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro, desempatador, será paga por ambos, em partes iguais.



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

26.7 Valor Indenizado: O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado, ou referente a um percentual do Capital Segurado em caso de indenização parcial, vigente na data do evento.

26.7.1 O pagamento será feito através de cheque nominativo ou ordem de pagamento, pagável no domicílio ou praça indicada pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

a) O pagamento poderá, ainda, ser efetuado através de crédito em conta corrente ou poupança do Segurado ou Beneficiário(s), conforme o caso, mediante solicitação escrita com os dados bancários necessários para o efetivo pagamento.

26.7.2 Caso o pagamento não seja efetuado no prazo previsto no item 26.2, deverá ser observado o disposto no item 32.1.

26.8 Periodicidade de Pagamento das Indenizações: As garantias deste Seguro serão pagas conforme a periodicidade definida abaixo.

26.8.1 As indenizações decorrentes da garantia de Morte Acidental (MA) e/ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) serão pagas sob a forma de pagamento único.

26.8.2 A garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) será paga sob a forma de pagamento único, como reembolso das despesas do evento coberto.

26.9 Acúmulo de Indenizações:

26.9.1 As indenizações de Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam.

a) Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado dentro de um ano, a contar da data do acidente, e em consequência deste, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte por



Acidente, 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 por Acidente.

26.10 Menores de Idade: A indenização por Invalidez Permanente de menores de idade será paga conforme segue:

26.10.1 Pessoas com idade entre quatorze e dezesseis anos: a indenização será paga em nome do menor Segurado, mediante representação de seus pais ou tutores; e,

26.10.2 Pessoas com idade entre dezesseis e dezoito anos, exclusive: a indenização será paga ao menor Segurado, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiver o pátrio poder) ou, finalmente, por seu tutor.

27 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE:

27.1. Constituem obrigações do Estipulante/Subestipulante:

27.1.1. fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

27.1.2. manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

27.1.3. fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato;

27.1.4. discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

27.1.5. repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;



- 27.1.6. repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- 27.1.7. comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- 27.1.8. dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- 27.1.9. fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e
- 27.1.10. informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

28 REGIME FINANCEIRO:

28.1. Tendo em vista que o presente Seguro é estruturado dentro do Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios para Segurados e/ou Estipulante/Subestipulante.

29 ALTERAÇÕES CONTRATUAIS:

29.1. Durante a vigência do Seguro, qualquer modificação ocorrida na Apólice, que implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os Segurados, dependerá de anuência prévia e expressa de três quartos do grupo Segurado.



30 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO:

30.1. A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições da Apólice e as normas do Seguro.

30.2 O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

31 APLICABILIDADE DAS CONDIÇÕES GERAIS:

31.1. A responsabilidade da Seguradora está restrita exclusivamente aos compromissos implícitos nas diversas cláusulas que regem a presente Apólice, não se responsabilizando, portanto, por quaisquer outras promessas que não constem nas cláusulas impressas, devidamente assinadas pela diretoria ou seu representante legal.

32 MORA:

32.1. A mora da Seguradora constituir-se-á, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável, a partir do término do prazo previsto no item 26.3 para a regulação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, a partir do 10º (décimo) dia em que se tornar exigível.

32.2. Em caso da devolução de prêmio em decorrência do cancelamento do Seguro, considera-se como data de exigibilidade a data de solicitação do cancelamento ou, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora, a data do efetivo cancelamento.

32.3. Em caso de mora, a taxa de juros aplicável corresponderá a 12% a.a. (doze por cento ao ano), vedada a aplicação de taxa superior, sendo efetuada, ainda, a atualização do Capital Segurado pela variação positiva do IPCA/IBGE, considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro



ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

32.3.1. Na eventualidade de ser extinto o IPCA/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva do Índice Geral de Preços ao Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

33 PRESCRIÇÃO:

33.1. Os prazos prescricionais são aqueles definidos em lei.

34 FORO:

34.1. O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será o do domicílio do Segurado.

35 DISPOSIÇÕES FINAIS:

35.1 O presente plano de seguro foi registrado na SUSEP, conforme processo nº 15414.003744/2011-52.

35.2 "A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco. "

35.3 "O registro deste Plano na SUSEP ao implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. "

35.4 "O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de Seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF".



CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS DE PASSAGEIROS E/OU TRIPULANTES

PROCESSO SUSEP: 15414.003744/2011-52 – versão agosto 2026

KEV SEGUROS S.A. – CNPJ 42.366.302/0001-28





ANEXO - TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

1. As percentagens especificadas serão aplicadas sobre o Capital Segurado da garantia de Invalidez Permanente vigente na data do acidente, conforme Cláusula 24.1 destas Condições Gerais, não prevalecendo qualquer aumento efetuado posteriormente.

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre CS	Discriminação	% sobre CS
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um inferior	100	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100	Alienação mental total incurável	100
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20



	Mudez incurável	50	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Ancilose total de um dos ombros	25	Ancilose total de um dos cotovelos	25
	Ancilose 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	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12



	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09	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 membros inferiores	70	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20	Fratura não consolidada de um pé	20
	Ancilose total de um dos joelhos	20	Ancilose total de um dos tornozelos	20
	Ancilose 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	03
	Encurtamento de um dos membros inferiores:		Perda total do uso de uma falange do 1º Dedo, indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	De 5 (cinco) centímetros ou mais	15		
	De 4 (quatro) centímetros ou mais	10		
	De 3 (três) centímetros	06		



	Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	
--	--	--

2. **Importante:** Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução, e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).
3. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
4. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a cem por cento.
5. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a da indenização prevista para sua perda total.
6. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
7. **A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente.**
8. A Invalidez Permanente deve ser comprovada com a apresentação de declaração médica à Seguradora. Essa declaração é presumida idônea quando emitida pela



instituição de previdência oficial para a qual o Segurado contribua, ou por perícia médica da Seguradora.

9. Havendo divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade do Segurado, a Seguradora proporá, por meio de correspondência escrita, em até quinze dias da data da contestação, a constituição de junta médica. Essa será constituída por três membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, quinze dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
10. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.**