

SEGURO VIAGEM COLETIVO

*****ATENÇÃO** - Este documento contém a integralidade de coberturas, exclusões, cláusulas especiais e cláusulas particulares que são passíveis de contratação.

Isso não implica que todas as disposições previstas se aplicam a todos os casos.

Por isso é necessário atentar-se ao que foi negociado nos documentos: sua cotação, sua apólice emitida, sua especificação e ao clausulado correspondente.***



CONDIÇÕES CONTRATUAIS SEGURO VIAGEM COLETIVO

PLANO PRINCIPAL - GRUPO/RAMO 969
PROCESSO SUSEP: 15414.900952/2013-63

APRESENTAÇÃO

Apresentamos a seguir as **Condições** do seu Seguro Viagem AIG, que estabelecem as normas de funcionamento das garantias contratadas.

Para os devidos fins e efeitos, serão considerados em cada caso somente as condições correspondentes às garantias aqui previstas e discriminadas, desprezando-se quaisquer outras.

Mediante a contratação do seguro, o Estipulante e o Segurado aceitam explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições.

1. DEFINIÇÕES

1.1. Acidente Pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a Morte ou a Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado ou torne necessário o tratamento médico.

Incluem-se, ainda, no conceito:

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

Para fins deste seguro, **NÃO** se incluem no conceito de acidente pessoal as:

- Doenças (inclusive as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou



indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

- Intercorrências ou complicações consequentes à realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas 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
- as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal ora definido nestas Condições Gerais.

1.2. Agravamento do Risco: Circunstâncias ou alterações que aumentam a intensidade e/ou a probabilidade da ocorrência do risco.

1.3. Apólice: documento emitido pela Seguradora que comprova a relação contratual com o Estipulante e formaliza a aceitação do risco.

1.4. Aviso de Sinistro: Comunicação do Segurado ou seu(s) beneficiário(s) à Seguradora sobre a ocorrência de um evento ou sinistro.

1.5. Ato Violento: ação ou efeito de violentar, contra o segurado, titular ou dependente, com o emprego de força física ou intimidação.

1.6. Bagagem: todo volume acondicionado em compartimento fechado, despachado e comprovadamente sob responsabilidade da companhia transportadora. Para efeito deste seguro, não é considerada bagagem os volumes transportados pelo segurado (bagagem de mão). Objetos como dinheiro, joias, papéis negociáveis, objetos frágeis e artigos eletrônicos de uso pessoal devem ser transportados pelo segurado como bagagem de mão.

1.7. Beneficiário(s): pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização na hipótese de ocorrência do sinistro;

1.8. Capital Segurado: Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro coberto.



1.9. Carência: espaço de tempo durante o qual o Segurado e/ou seus beneficiários, mesmo com o pagamento dos prêmios, não têm direito a determinadas garantias.

1.10. Certificado Individual de Seguro: documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

1.11. Condições contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, do contrato, das condições gerais, das condições especiais, da proposta de adesão e da apólice.

1.12. Condições Gerais: Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos, dos Segurados, dos Beneficiários, do Estipulante e da Seguradora e que integram a apólice.

1.13. Contrato: É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados, e dos Beneficiários.

1.14. Corretor de Seguros: pessoa física ou jurídica devidamente habilitada e registrada junto à SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) para intermediar e promover a realização de plano de seguro entre os Estipulantes e/ou Segurados junto à Seguradora, sendo o corretor responsável pela orientação destes no que se refere às Coberturas, Obrigações e Exclusões do contrato.

1.15. Detenção Indevida: detenção por parte de qualquer governo ou autoridade estrangeira não justificável, ou seja, sem o cometimento de qualquer ato ilícito segundo a legislação daquele País.

1.16. Doença de Caráter Súbito (Doença Súbita): É o evento mórbido (de causa não acidental) que requeira tratamento médico por parte de um médico, que primeiro se manifeste e seja contraído enquanto o seguro seja válido, e durante o período de vigência do Certificado Individual de Seguro, desde que não se enquadre como evento ou doença preexistente.

1.17. Doença Preexistente: doença de conhecimento do segurado e não



declarada na proposta de contratação ou na proposta de adesão.

1.18. Doença Infecciosa Grave: Significa uma doença para a qual uma vacina ou medicamento não está amplamente disponível para tratamento e que:

- Apareceu de forma repentina e recente em uma população ou em uma nova área geográfica onde nunca ocorreu antes; ou
- Era de conhecido, mas estava ausente de uma comunidade e está aumentando repentina e rapidamente nessa comunidade.

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

1.20. Estipulante: É a pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que contrata o seguro e representa os Segurados perante a Seguradora, sendo expressamente vedada a atuação como Estipulante por parte de corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes; corretores de seguro e; sociedades seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes. Esta vedação não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.

1.21. Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, em virtude do qual o Beneficiário pode receber a Indenização prevista na(s) garantia(s) contratada(s).

1.22. Evento Preexistente: É toda doença contraída, ainda que não manifestada, ou acidente ocorrido com o Segurado titular ou dependente, anteriormente à data do início de vigência do seguro.

1.23. Franquia: Período durante o qual o Segurado é responsável pelos prejuízos decorrentes de um sinistro.

1.24. Furto: Subtração de todo ou parte do bem sem ameaça ou violência à pessoa.

1.25. Garantias/Coberturas: São as obrigações que a Seguradora assume perante o Estipulante e/ou Segurado, quando da ocorrência de um evento coberto.

1.26. Grupo Familiar: Para efeito do seguro, são considerados membros da família do segurado titular: pai, mãe, irmãos, cônjuge, filhos e enteados do segurado.



1.27. Grupo Segurado: conjunto de componentes do grupo segurável efetivamente aceitos e incluídos no seguro, cuja cobertura esteja em vigor.

1.28. Grupo Segurável: São as pessoas vinculadas ao Estipulante, em perfeitas condições de saúde e plena atividade de suas funções profissionais, que podem ser incluídas no seguro.

1.29. Indenização: valor que a Seguradora paga ao Segurado ou a seu Beneficiário em decorrência de sinistro coberto, limitado ao valor do Capital Segurado estabelecido para cada garantia contratada e demais condições do seguro.

1.30. Hospital: estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Para efeito deste seguro, não é considerado estabelecimento hospitalar, as clínicas, as creches, as casas de repouso ou as casas de convalescência para idosos, ou, ainda, o local que funcione como centro de tratamento para usuários de drogas ou álcool, exceto nos casos previamente autorizados pela seguradora.

1.31. Médico: profissional legalmente habilitado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

1.32. Perda de Depósito: valor das despesas de viagem não utilizado e não-reembolsável antecipadamente pago ao hotel ou pela passagem do meio de transporte público autorizado, menos o valor do crédito correspondente à passagem de volta não utilizada, para o retorno ao lar ou para retomar a viagem.

1.33. Período de Cobertura: período durante o qual o Segurado ou seus beneficiários farão jus aos Capitais Segurados contratados.

1.34. Plano de Seguro: conjunto de garantias contratados pelo estipulante para adesão do segurado.

1.35. Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

1.36. Proponente: componente do Grupo Segurável que propõe sua adesão ao seguro e que passará à condição de Segurado titular somente após a sua



aceitação pela Seguradora.

1.37. Proposta de adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a

intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

1.38. Proposta de contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

1.39. Quarentena: Significa a separação e restrição da movimentação do segurado ordenada pela autoridade sanitária competente devido à exposição e diagnóstico positivo de doença infecciosa grave, incluindo isolamento, que é a separação do segurado infectado para evitar a propagação de tal doença.

1.40. Regime Financeiro de Repartição Simples: É a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados da apólice e/ou pelo Estipulante, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

1.41. Reintegração: É a recomposição do Capital Segurado de uma Cobertura, na mesma proporção em que foi reduzido em função da ocorrência de um sinistro coberto pela apólice.

1.42. Risco: Probabilidade de ocorrência de evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado ou Beneficiário do Seguro, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

1.43. Riscos Excluídos: Eventos preestabelecidos nas Condições Gerais e Especiais do seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento relativo a estes eventos.

1.44. Roubo: Subtração da coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência à pessoa, ou depois de tê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência.

1.45. Seguradora: AIG Seguros Brasil S.A., denominada nas Cláusulas do contrato apenas Seguradora, empresa autorizada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) a funcionar no Brasil como tal. A Seguradora, recebendo o



prêmio, assume o risco e garante indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo contrato.

1.46. Segurados: Termo genérico que se aplica tanto ao Segurado Titular como ao Segurado Dependente.

1.47. Segurados Titulares: São as pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante e que, por adesão, são incluídas neste seguro.

1.48. Segurados Dependentes: O cônjuge/companheiro(a), os filhos, os enteados e os menores considerados dependentes do Segurado Titular, cujos direitos e deveres estão descritos na Cláusula Suplementar e desde que esta tenha sido contratada e ratificada no Contrato.

1.49. Sinistro: Termo que define o acontecimento do evento previsto e coberto no contrato.

1.50. SUSEP – Superintendência de Seguros Privados: É o órgão responsável pelo controle e pela fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

1.51. Transporte Público Autorizado: É qualquer meio de transporte terrestre, marítimo ou aéreo operado sob licença válida para o transporte pago de passageiros. Não se incluem nesta definição o transporte individual de passageiros, como exemplo, táxis ou veículos de aluguel, além de meios de transporte sem fiscalização, como embarcações.

1.52. Viagem Aérea, Marítima ou Rodoviária: Refere-se a qualquer meio de transporte aéreo, marítimo ou terrestre operado sob licença válida para o transporte pago de passageiros. Não se incluem nesta definição a aeronave, a embarcação e o veículo que sejam de uso particular, e o transporte individual de passageiros, como por exemplo, táxis ou veículos de aluguel.

1.53. Viagem Segurada: É o período compreendido entre o início e o término da vigência das coberturas do seguro. Não se enquadra como Viagem Segurada a viagem por período indeterminado, seja por excursão ou individualmente.

1.54. Viagem Nacional: deslocamento maior que 100 km (Quilômetros) de sua residência tendo como destino dentro do território brasileiro.

1.55. Viagem Internacional: deslocamento maior que 100 km (Quilômetros) de



sua residência tendo como destino fora do território brasileiro.

1.56. Vigência da Apólice: período de tempo no qual a apólice de seguro está em vigor.

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

1.57. Vigência da Cobertura Individual: período estabelecido no Certificado Individual do Seguro em que o Segurado está coberto pelas garantias deste seguro.

Para este seguro não está prevista a renovação do certificado individual do seguro. Para adquirir as coberturas do seguro para um outro período é necessária uma nova contratação.

2. OBJETIVO DO SEGURO

Este Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização, reembolso ou prestação de serviço ao Segurado ou a seus beneficiários, caso venha ocorrer um sinistro coberto pela apólice durante a Viagem Segurada, e em consequência direta dos riscos expressamente convencionados nas coberturas contratadas, conforme estas Condições Gerais, Condições Especiais e Cláusulas Suplementares mencionadas nestas condições gerais, **exceto se decorrente dos riscos excluídos.**

O Segurado poderá escolher entre o reembolso ou a utilização da prestação de serviço por terceiro contratado pela Seguradora.

3. GARANTIAS DO SEGURO

As garantias deste seguro dividem-se em Garantias Básicas e Adicionais, podendo ser contratadas de acordo com a opção feita pelo Estipulante na Proposta de Contratação e ratificadas no Contrato, em favor dos Segurados.



Constarão do Contrato de cada apólice, na forma de planos de seguro, as garantias escolhidas pelo Estipulante, suas particularidades e respectivos critérios de composição dos capitais segurados, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Garantias Básicas em cada plano para a validade do seguro.

As garantias serão concedidas a todos os segurados de acordo com o(s) plano(s) de seguro, e não há a possibilidade de um segurado acrescentar ou retirar isoladamente uma garantia não prevista no plano contratado.

As garantias correspondentes ao plano contratado pelo Segurado constarão de seu Certificado Individual de Seguro.

As garantias adiante relacionadas deverão ser sempre consideradas em conjunto com o que dispõe os riscos excluídos, constantes no item 5 das Condições Gerais deste manual.

3.1 Garantias Básicas:

- Morte Acidental;
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- Invalidez Permanente Total por Acidente.

3.2 Garantias Adicionais:

- Morte Acidental Decorrente de Ato Violento;
- Morte Acidental Em Transporte Público Autorizado;
- Morte Acidental em Desastres Naturais;
- Morte decorrente de Roubo em Caixa Eletrônico 24 horas
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Decorrente de Ato Violento;
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Em Transporte Público Autorizado;
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Desastres Naturais
- Despesas Emergenciais Médicas e Hospitalares em Caso de Acidente durante Viagem Nacional;
- Despesas Emergenciais Médicas e Hospitalares em Caso de Acidente durante



Viagem Internacional;

- Despesas Emergenciais Médicas e Hospitalares em Caso de Doença Súbita durante viagem Nacional;
- Despesas Emergenciais Médicas e Hospitalares em Caso de Doença Súbita durante viagem Internacional;
- Despesas Emergenciais Odontológicas em Caso de Acidente ou Doença Súbita;
- Despesas Complementares em Caso de Acidente;
- Despesas Farmacêuticas em Caso de Acidente ou Doença Súbita;
- Fisioterapia em Caso de Acidente;
- Despesas Emergenciais Médicas e Hospitalares de Gestante em Caso de Acidente ou Doença Súbita durante Viagem Internacional;
- Perda de Visão em Caso de Acidente;
- Quebra de Ossos em Caso de Acidente;
- Paralisia em Caso de Acidente;
- Queimaduras;
- Cirurgia Plástica em Caso de Acidente;
- Remoção Médica;
- Repatriação Médica;
- Repatriação Funerária;
- Prorrogação de Estadia;
- Hospedagem de Acompanhante;
- Acompanhante em Caso de Hospitalização Prolongada;
- Retorno do Segurado;
- Retorno em Classe Executiva;
- Retorno Antecipado por Sinistro Residencial;
- Retorno de Acompanhantes;
- Retorno de Menores;
- Despesas com Transporte VIP;
- Despesas com Cuidados Infantis;
- Cancelamento de Viagem;
- Interrupção de Viagem;
- Atraso de Voo;



- Perda de Conexão Aérea;
- Perda ou Roubo de Bagagem;
- Atraso de Bagagem;
- Danos a Mala;
- Despesas com hospedagem de Pet;
- Despesas com Educação;
- Despesas Jurídicas;
- Fiança e Despesas Legais;
- Conta Protegida.

4 Cláusula Suplementar

- a) Inclusão Facultativa de Dependentes

5 RISCOS EXCLUIDOS

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA EM TODAS AS GARANTIAS DO SEGURO OS EVENTOS DECORRENTES DE:

- a) **uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) **invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **movimentos populares, represálias, restrições à livre circulação, greves, explosões, emanação de calor ou radiação provenientes da transmutação**



ou desintegração de núcleo atômico, de radioatividade ou outros casos de força maior que impeçam a intervenção da seguradora, salvo prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- d) de furacões, tufões, tornados, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza. Esta exclusão não se aplica à garantia de Desastres Naturais;**
- e) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto se a morte ou a incapacidade do 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;**
- f) da prática de atos ilícitos dolosos pelo Segurado, pelo beneficiário, ou pelo representante legal, de um ou de outro;**
- g) de atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, e pelos respectivos representantes, em caso de seguro contratado por pessoa jurídica;**
- h) de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronave furtada ou dirigida por pilotos não legalmente habilitados, exceto os casos que não sejam de conhecimento prévio do Segurado;**
- i) doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declarados na Proposta de Adesão ou em seus anexos;**
- j) condição preexistente à vigência do seguro e quaisquer de suas consequências, incluindo convalescenças e afecções em tratamentos ainda não consolidados, consequentes de fatos anteriores à Viagem Segurada. Esta exclusão não se aplica às garantias que cobrem o falecimento por acidente ou a invalidez permanente total ou parcial por acidente;**
- k) danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documento hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido;**



- l) suicídio ou tentativa de suicídio nos dois primeiros anos de vigência individual do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso, em conformidade com o disposto no artigo 120 da Lei 15.040;**
- m) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- n) acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência, ou que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 2 - DEFINIÇÕES destas Condições Gerais;**
- o) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;**
- p) parto ou aborto, e suas consequências, quando não provocado por acidente coberto;**
- q) choque anafilático ou qualquer tipo de hérnia, e suas consequência, quando não provocado por acidente coberto;**
- r) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;**
- s) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- t) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- u) lesão intencionalmente auto infligida ou qualquer outro tipo de atentado deste gênero, exceto se decorrente da tentativa de suicídio ocorrida após os dois primeiros anos de vigência individual do seguro;**
- v) utilização de instrumentos de guerra ou armas de fogo, ou participação em disputas ou duelos;**



w) coberturas não contratadas.

5.1 Cláusula de Exclusão Para Situações Nacionais ou Internacionais de Sanção, Embargo, Proibição Ou Restrição

1. A SEGURADORA não será responsável a fornecer qualquer cobertura ou efetuar qualquer pagamento de sinistro nos termos desta apólice se isso representar uma violação de qualquer lei ou regulamento de sanções que sujeite a SEGURADORA, sua controladora ou sua entidade controladora final a qualquer penalidade nos termos de qualquer lei ou regulamento de sanções.

2. Estão excluídos da cobertura dessa Apólice todos e quaisquer riscos cuja cobertura e/ou eventual pagamento da respectiva indenização securitária, implicaria na obrigação da Seguradora de atuar de forma a atrair, em razão de embargos e sanções comerciais e econômicos, ações punitivas para a Seguradora, seu grupo econômico e administradores, por parte dos Estados Unidos da América, do Reino Unido, da União Europeia conforme descrito nas listas de embargos e sanções a seguir:

a) Reino Unido e União Europeia:

<https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>

b) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://home.treasury.gov/policy-issues/office-of-foreign-assets-control-sanctions-programs-and-information>

3. Estão ainda excluídos da cobertura dessa Apólice, todos e quaisquer riscos cujo imediato pagamento da respectiva indenização securitária esteja vedado, por embargos e sanções comerciais e econômicos internacionais impostos por entidades multilaterais integradas pelo Brasil, tais como, mas não se limitando, o GAFI (Grupo de Ação Financeira contra a Lavagem de Dinheiro e o Financiamento do Terrorismo): <https://www.fatf-gafi.org/> e a Organização das Nações Unidas (ONU): <https://nacoesunidas.org/conheca/>.

4. O quanto descrito nos itens 2 e 3 acima não ofendem aos valores protegidos pelo ordenamento jurídico nacional bem como os princípios da ordem econômica elencados na

Constituição da República Federativa do Brasil



5. Permanecem em vigor as demais condições deste seguro que não tenham sido expressamente alteradas ou revogadas pela presente cláusula.

6 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

O âmbito geográfico de cobertura para viagens nacionais é todo o território brasileiro e para viagens internacionais é todo o globo terrestre, exceto o território brasileiro. Quando não houver rede credenciada no país de destino, a cobertura será por reembolso.

As Partes acordam que, caso qualquer das Partes inicie litígio no território da República Federativa do Brasil e, em razão das normas de direito internacional privado ou determinação judicial, seja reconhecida a aplicação da legislação brasileira ao caso concreto, as disposições deste contrato deverão ser interpretadas e executadas conforme a legislação brasileira, sem prejuízo da validade das demais cláusulas contratuais.

7 CARÊNCIAS E FRANQUIAS

Não haverá carência ou franquia para qualquer cobertura deste seguro.

8 CONTRATAÇÃO

A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo estipulante na Proposta de Contratação. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela seguradora, os Planos de Seguro oferecidos para adesão dos segurados e o cálculo do prêmio correspondente.

São proponentes ao seguro todos os componentes do grupo segurável, assim definidos no Contrato, e seus respectivos dependentes que se encontrem em perfeitas condições de saúde e plena atividade física na data de início de vigência da cobertura individual.



O limite de idade será definido no Contrato.

Os proponentes com idade inferior a 16 (dezesseis) anos deverão ser representados pelos pais ou responsáveis, e os maiores de 16 (dezesseis) anos, inclusive, e menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos por eles. Para menores de catorze anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado principal ou dependente, o oferecimento e a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço sejam diretamente relacionados ao sinistro coberto.

No ato da adesão será obrigatório o preenchimento e a assinatura, pelo proponente ou por seu representante legal, da Proposta de Adesão, que será encaminhada à seguradora para análise de sua aceitação. A seguradora fornecerá ao proponente o protocolo que identifica a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

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

9 ACEITAÇÃO DO SEGURO

A Seguradora disporá do prazo de 25 (vinte e cinco) dias para se manifestar a respeito da aceitação do risco proposto pelo Segurado, Estipulante e/ou Sub-Estipulante, a contar da data do respectivo protocolo de recebimento, seja para seguros novos ou para alterações que impliquem modificação do risco.

A Seguradora poderá solicitar provas de saúde ou quaisquer outros documentos necessários para análise do risco individual, e neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias ficará suspenso e terá continuidade após a entrega do respectivo documento solicitado.

Em caso de não aceitação do risco por parte da Seguradora, o Estipulante e/ou Sub-Estipulante ou o Segurado será(ão) comunicado(s) por escrito, com a justificativa da recusa, bem como serão devolvidos integralmente os valores eventualmente oferecidos a título de prêmio, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos da data da formalização da recusa, atualizados a partir da data do real



pagamento até a data da efetiva restituição por parte da Seguradora pela variação do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo).

Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo de 25 (vinte e cinco) dias, sem que haja suspensão do prazo por solicitação de documentos, a aceitação do seguro será automática.

A aceitação do risco implicará na emissão, pela seguradora, do certificado individual de seguro, o qual será entregue ao estipulante contendo, no mínimo, as datas vigência do seguro, os capitais segurados e o prêmio total.

Caso seja contratada cláusula suplementar de Inclusão Facultativa de Dependentes, o certificado será entregue ao segurado principal contendo, no mínimo, as datas vigência das garantias contratadas, do segurado principal e dos segurados dependentes, os capitais segurados e o prêmio total.

O pagamento do prêmio do seguro, assim como o preenchimento e assinatura da proposta de adesão, caracteriza a ciência, aceitação e concordância, pelo segurado, das condições gerais deste seguro.

Para este seguro, por ser estruturado em regime financeiro de repartição simples, não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

10 VIGÊNCIA

O prazo do seguro é estipulado no Contrato, Aditivos e Certificados Individuais com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas dos dias ali designados.

As garantias deste seguro serão válidas em todas as Viagens Seguradas ocorridas durante o período de vigência da apólice. O limite máximo de dias de cobertura por viagem será o definido no contrato.

O início de vigência do risco individual em cada Viagem Segurada será:

- a) caso a data da contratação do seguro seja anterior ou igual à data de



início da Viagem Segurada: a partir do embarque para a viagem aérea, marítima ou rodoviária, ou após 100 km da residência do segurado para outros meios de transporte; exceto para as garantias de Cancelamento de Viagem e Interrupção de Viagem, que vigorarão às 24h00m da data da contratação do seguro.

- b) caso a data da contratação do seguro seja posterior à data do embarque: às 24:00 (vinte e quatro) horas da data da contratação.

O término de vigência do risco individual em cada Viagem Segurada será:

- a) no momento de desembarque da viagem aérea, marítima ou rodoviária, ou da chegada à residência do segurado para outros meios de transporte, quando ocorre na data prevista ou em data anterior à constante do contrato ou do certificado individual de seguro para término da Viagem Segurada;
- b) no momento de desembarque da viagem aérea, marítima ou rodoviária, ou da chegada à residência do segurado para outros meios de transporte, no caso de atraso de voo ou de prorrogação de estadia;
- c) no final do prazo de vigência, respeitado o período correspondente ao prêmio pago;
- d) com a exclusão do segurado da apólice:
 - i. pela cessação antecipada da atividade turística do segurado, por motivos não contemplados nas garantias de Cancelamento de Viagem ou de Interrupção de Viagem, não cabendo restituição do prêmio pago;
 - ii. pelo pagamento da indenização por morte ou invalidez permanente;
 - iii. por falta de pagamento do prêmio;
 - iv. quando o segurado, mediante solicitação por escrito à seguradora, requerer o cancelamento do seguro.

11 RENOVAÇÃO

Não haverá renovação dos certificados individuais de seguro. Caso haja interesse do segurado na continuidade da cobertura, deverá ser preenchida uma nova proposta de seguro para análise e aceitação da seguradora.



No final do prazo de vigência da apólice, a cobertura de cada certificado cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que o cancelamento do seguro por término de vigência ocorrerá automaticamente, sem restituição de prêmios pagos.

A renovação da apólice de seguro não é automática, cabendo às partes acordarem previamente as bases da nova contratação, mediante envio de nova proposta. Em caso de não renovação por parte da Seguradora, o Estipulante será comunicado 30 (trinta) dias antes do fim da vigência da apólice.

12 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado será escolhido pelo proponente e/ou Estipulante, e constará no Contrato, Proposta de Contratação e Certificado Individual, somente podendo ser alterado com prévia concordância entre as partes contratantes.

O capital segurado é o valor na data de ocorrência do evento coberto pela apólice que corresponde à importância máxima a ser paga ou reembolsada pela seguradora.

Todo e qualquer pagamento de indenização referente a esse seguro será feito em moeda nacional. No caso de viagens internacionais, quando o seguro for contratado em moeda estrangeira, as indenizações serão convertidas para Real utilizando-se a última taxa de câmbio de venda da moeda de emissão do seguro divulgada pelo Banco Central do Brasil na data do pagamento da indenização.

13 ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

O prazo de vigência da apólice será de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, e não haverá renovações dos certificados individuais de seguro, portanto, não haverá atualização monetária de valores de capitais segurados e prêmios.



14 PAGAMENTO DE PRÊMIO

O prêmio do seguro correspondente a cada Viagem Segurada será pago à vista, e a forma de pagamento será estabelecida na contratação e determinada na apólice.

A data de vencimento do prêmio não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice. Quando a data limite para o pagamento do prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver este expediente.

Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio for realizado à Seguradora, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.

Em caso de cessação antecipada da viagem do segurado, por qualquer motivo, não caberá restituição do prêmio pago.

Para fins deste seguro e de acordo com a declaração constante na Proposta de Contratação feita pelo Estipulante, o custeio pode ser:

- a) Contributário: quando os Segurados pagarem os prêmios do seguro;
- b) Não contributário: quando os Segurados não pagarem os prêmios do seguro.

A eventual aceitação, por parte da Seguradora, de quaisquer pagamentos de prêmios, depois de vencidos, não constituirá tolerância ou novação das condições ora pactuadas.

Todo e qualquer pagamento de prêmio referente a esse seguro será feito em moeda nacional. No caso de viagens internacionais, quando o seguro for contratado em moeda estrangeira, o prêmio a ser pago pelo segurado será convertido para Real utilizando a última taxa de câmbio de venda da moeda de emissão do seguro divulgada pelo Banco Central do Brasil na data do pagamento.

Em caso de cessação antecipada da viagem do segurado, por qualquer motivo, não caberá restituição do prêmio pago.



14.1 FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO/INADIMPLÊNCIA

O inadimplemento da parcela única de prêmio ou da primeira parcela do prêmio implica na resolução do contrato de pleno direito.

Decorridos 30 dias do termo inicial da Suspensão do Seguro, decorrente do não pagamento da parcela única ou da primeira parcela e não tendo sido purgada a mora com seus devidos acréscimos cabíveis, o Seguro estará automaticamente cancelado.

A mora relativa às demais parcelas suspenderá a garantia contratual, sem prejuízo do crédito da seguradora ao prêmio, após notificação do segurado ou estipulante concedendo-lhe prazo de 15 (quinze) dias, contado do recebimento, para a purgação da mora.

Recebida a notificação para regularização do(s) pagamento(s) e não purgada a mora no prazo nela indicado, haverá suspensão das coberturas da apólice desde o vencimento da parcela original não paga.

As notificações referentes à mora e suas consequências serão realizadas por qualquer meio idôneo, incluindo, mas não se limitando a aplicações da seguradora, e-mail, aplicativos de mensagens eletrônicas e outros.

Caso o segurado ou Estipulante recuse o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não seja encontrado no último endereço informado à seguradora, o prazo para suspensão da cobertura terá início na data do envio da última notificação.

Cancelado o Seguro, está a seguradora liberada integralmente por sinistros e despesas de salvamento ocorridos a partir da data da mora.

A seguradora poderá adotar, a qualquer tempo, as medidas legais cabíveis para a cobrança dos prêmios de seguro em atraso, sem prejuízo da aplicação de outras medidas contratuais previstas para a regularização do pagamento, suspensão ou cancelamento da cobertura. Com relação às demais parcelas subsequentes à primeira, em caso de inadimplência, o seguro terá sua vigência ajustada/reduzida, proporcional ao prêmio já pago.

A resolução do contrato de seguro por falta de pagamento do prêmio ocorrerá nos termos da Lei 15.040, conforme previsto para os seguros coletivos.

15 CANCELAMENTO DO SEGURO

A apólice poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante acordo entre a seguradora e o estipulante, respeitando o período de vigência



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

A cobertura de qualquer certificado termina:

- a) no final do prazo de vigência da apólice coletiva, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;**
- b) Em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Gerais;**
- c) Por falta de pagamento do prêmio, nos termos da Lei 15.040;**
- d) Pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro;**
- e) Se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Segurado e/ou Estipulante, no ato da contratação do seguro ou durante toda a vigência da apólice.**
- f) Com a exclusão do segurado da apólice pelo pagamento da indenização por morte acidental;**
- g) Com a exclusão do segurado da apólice pelo pagamento da indenização por invalidez permanente total por acidente, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados monetariamente;**
- h) Com a cessação do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago;**
- i) Quando o segurado, mediante solicitação por escrito à seguradora ou por intermédio do estipulante, requerer o cancelamento do seguro.**
- j) As apólices e certificados não poderão ser cancelados durante a vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.**



16 PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Ocorrendo um evento coberto no período de vigência indicado no Certificado de Seguro Individual, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo estipulante, segurado, beneficiário ou seu representante, conforme especificado no contrato.

Para o atendimento emergencial, o estipulante, segurado, beneficiário ou seu representante deverá entrar em contato com a central de atendimento da seguradora, e informar:

- o nome completo do segurado e o número de seu certificado individual;
- o local e o telefone onde se encontra;
- o problema e o tipo de informação ou ajuda necessárias.

Para o Aviso de Sinistro, o beneficiário do segurado, ou o próprio segurado, deverá apresentar todas as informações, esclarecimentos, e documentos relacionados neste item das Condições Gerais, bem como os listados nas cláusulas das garantias básicas ou adicionais, sem prejuízo de solicitação de documentação complementar:

a) Do segurado:

- Documento de Identificação do segurado (RG, RNE, CNH ou Identidade Funcional) e CPF frente e verso;
- Comprovante de Residência (ou declaração de residência);
- Cópia do Certificado de Seguro Individual
- Cópia da passagem, ida e volta, ou bilhetes e do cartão de embarque da viagem segurada
- Formulário de Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido pelo segurado ou seu representante legal
- Formulário de Pagamento para autorização de crédito em conta corrente.

b) Do(s) beneficiário(s):

- Pais: Documento de Identificação (RG, RNE, CNH ou Identidade Funcional), CPF frente e verso, Comprovante de Residência ou declaração de residência;
- Cônjuge: Certidão de Casamento para comprovação do vínculo com o segurado, Documento de Identificação (RG, RNE, CNH ou Identidade Funcional), CPF frente e verso, Comprovante de Residência ou declaração de residência;
- Companheira(o): Documento de Identificação (RG, RNE, CNH,



Identidade Funcional) e CPF frente e verso), comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, Comprovante de Residência ou declaração de residência;

- Filhos: Certidão de Nascimento, Documento de Identificação (RG, RNE, CNH ou Identidade Funcional), CPF frente e verso, Comprovante de Residência ou declaração de residência, sendo que:
 - - Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;
 - - Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.
- Formulário Autorização de Crédito em Conta Corrente.

c) Deverá ser entregue ainda a documentação por tipo de ocorrência, constante das Condições Especiais das garantias contratadas.

d) A Seguradora se reserva no direito de solicitar qualquer outro documento que se faça necessário para análise e conclusão do processo.

16.1 DECISÃO SOBRE GARANTIA SECURITÁRIA AO FINAL DA REGULAÇÃO DE SINISTRO

A comunicação do sinistro não implica reconhecimento de cobertura securitária pela seguradora e tampouco cumprimento das obrigações do Segurado em relação a apresentação de documentos necessários para a análise de cobertura e apuração de prejuízos.

A seguradora deverá comunicar seu posicionamento sobre a existência, ou não, de cobertura securitária em até 30 dias. Este prazo estará sujeito a extensão para até 120 dias em caso de regulamentação expedida pela Susep. O prazo aplicável somente começará a correr quando o Segurado apresentar, satisfazer e/ou viabilizar o atendimento de todos os elementos listados na apólice como necessários para a avaliação de cobertura securitária. A seguradora poderá, diretamente ou por meio de sua equipe de regulação de sinistro, solicitar documentos e informações complementares àqueles listados na apólice sempre que necessário. Na hipótese de que todos elementos necessários listados na apólice já tenham sido atendidos, e o prazo aplicável já tenha sido iniciado, o pedido de documentos e informações complementares suspende o curso do prazo até que o pedido seja integralmente atendido. A suspensão do prazo poderá ocorrer na forma prevista em norma aplicável.



Todas as atividades da seguradora, dos reguladores e/ou dos peritos apontados durante os procedimentos de regulação e liquidação de sinistro não importam em reconhecimento de existência de garantia securitária. A decisão final da seguradora será formalmente comunicada sempre ao final dos procedimentos.

16.2 DESPESAS DE SALVAMENTO E CONTENÇÃO DE SINISTROS

Em relação as despesas de salvamento e contenção de sinistros, a Seguradora pagará as quantias despendidas com as Despesas de Salvamento e com as Despesas de Contenção de Sinistro, relativas a interesses garantidos pela presente apólice, nos termos expressos nesta cláusula, até o limite fixado no contrato de seguro, através da especificação da apólice, da cobertura principal a que o iminente sinistro se refere, o qual será aplicado por ocorrência, não superando o limite da garantia, também expresso neste contrato.

As medidas ou despesas cobertas através da presente cláusula, de acordo com as circunstâncias de cada ocorrência, podem ser efetivadas por outrem, que não o próprio Segurado, inclusive por Autoridade Competente, cabendo o reembolso pela Seguradora, nos exatos termos das presentes disposições desta cláusula.

Sempre que possível e compatível com a urgência da situação, o segurado deverá obter a prévia concordância da Seguradora para as despesas de salvamento e contenção. A ausência da prévia anuência não desobriga a Seguradora, desde que o Segurado comprove a emergência e razoabilidade dos gastos.

Adotando medidas para o salvamento e a contenção de sinistros de interesses NÃO GARANTIDOS, as despesas serão rateadas proporcionalmente entre Seguradora e Segurado.

A PRESENTE CLÁUSULA NÃO ABRANGE as despesas incorridas pelo segurado com a prevenção ordinária de sinistros, em relação aos bens, instalações e interesses segurados, assim consideradas também quaisquer despesas de manutenção, segurança, conserto, renovação, reforma, substituição preventiva, ampliação e outras afins inerentes ao ramo de atividade de cada segurado.

O valor pago a título de despesas de contenção e salvamento não serão deduzidas do limite máximo de indenização da cobertura principal a que o iminente sinistro se refere.

As disposições contidas nesta cláusula não alteram e não ampliam as coberturas objeto do presente contrato de seguro, aplicando-se apenas às despesas de



salvamento e de contenção de sinistros incorridas durante o período de vigência do contrato de seguro.

Nos termos da legislação civil vigente, o Segurado se obriga a avisar imediatamente a Seguradora, ao constatar qualquer incidente ou perturbação no local do risco, ou ao receber uma ordem de Autoridade Competente, que possa gerar pagamento de indenização por conta das coberturas previstas nesta cláusula. Além disso, o Segurado se obriga a executar tudo o que for exigido para limitar as despesas ao que seja necessário e objetivamente adequado para conter a ocorrência de fato do sinistro coberto ou para minorar o seu volume e, ainda, para salvar a coisa, ou o interesse coberto. Realizado qualquer pagamento de indenização ou reembolso através da presente cláusula, a Seguradora ficará sub-rogada de todos os direitos pertinentes, sem exceção, não prevalecendo sobre esta cláusula qualquer tipo de desistência ou renúncia do direito de sub-rogação. Não haverá reintegração do limite de cobertura indicado para a presente cláusula.

Para a aplicação desta cláusula, ficam estabelecidas as seguintes definições e disposições complementares:

- Incidente ou perturbação no local do risco: evento súbito, acidental, incerto - quanto a sua realização ou efetivação dentro da vigência do contrato de seguro, desconhecido do Segurado e externo à coisa, ou ao bem ou ao interesse segurado pelo presente contrato de seguro, e que pode constituir a causa dos danos cobertos pelo presente contrato de seguro.
- Autoridade Competente: autoridade pública legalmente constituída, em qualquer esfera de poder – Federal Estadual ou Distrital e Municipal – e competente para tomar ou determinar medidas ou providências objeto da presente cláusula.
- Por ocorrência: representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora por evento ou ocorrência coberta por esta cláusula. O referido limite é único e não se aplica, portanto, isoladamente por tipo de despesa coberta – Salvamento e Contenção de Sinistros, sem reduzir a garantia do seguro.

17 LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

As indenizações referentes a este seguro serão efetuadas no Brasil em moeda nacional e parcela única. No caso de viagens internacionais, quando o seguro for contratado em moeda estrangeira, as indenizações serão convertidas para Real utilizando-se a última taxa de câmbio de venda da moeda de emissão do seguro divulgada pelo Banco Central do Brasil na data do pagamento da indenização.



O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior em moeda diferente da utilizada na emissão do seguro, os valores das despesas serão convertidos à moeda do seguro com base nas taxas de câmbio de venda divulgadas pelo Banco Central do Brasil para a data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido.

As despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências pela mesma determinadas. Os encargos de tradução ficarão a cargo da seguradora.

Em caso de remoção médica, a seguradora se reserva o direito de promover o contato entre a sua equipe e o médico local e ainda, se necessário, o médico particular do segurado, a fim de verificar a necessidade de remoção.

Sem prejuízo de que a liquidação de sinistro ocorra de forma concomitante com a regulação de sinistro, a Seguradora realizará o pagamento da indenização securitária devida dentro do prazo de até 30 dias, contado a partir do reconhecimento da existência de cobertura securitária, ressalvada a possibilidade de pagamentos parciais. Este prazo estará sujeito a extensão para até 120 dias em caso de regulamentação expedida pela Susep. O prazo aplicável somente começará a correr quando o Segurado apresentar, satisfazer e/ou viabilizar o atendimento de todos os elementos listados na apólice como necessários para a apuração de prejuízos indenizáveis. A seguradora poderá, diretamente ou por meio de sua equipe de regulação de sinistro, solicitar documentos e informações complementares àqueles listados na apólice. Na hipótese de que todos os documentos e informações listados na apólice já tenham sido apresentados, e o prazo aplicável já tenha sido iniciado, o pedido de documentos e informações complementares suspende o curso do prazo até que o pedido seja integralmente atendido. A suspensão do prazo poderá ocorrer na forma prevista em norma aplicável.

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

Na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento estão sujeitas a atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE a partir da data de exigibilidade, a atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, e também a juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado.



No caso de segurados menores de idade, a indenização por Invalidez Permanente Total será paga conforme a seguir:

- a) para segurados com idade entre 14 (catorze) e 16 (dezesesseis) anos - a indenização será paga em nome do segurado, devidamente representado em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o segurado será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;
- b) para segurados com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior à 18 (dezoito) anos, a indenização será paga em nome do segurado, devidamente assistido em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o segurado será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

Em caso de ocorrência de Invalidez Permanente Total por Acidente, seguida de morte do segurado em consequência do mesmo acidente, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da indenização, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula Beneficiária constante do item 23 destas Condições Gerais.

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 em consequência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização devida para a garantia de Morte, deduzida da importância já paga pela invalidez permanente.

As indenizações referentes a um mesmo evento gerador coberto por mais de uma das garantias contratadas se acumulam, salvo disposição em contrário nas condições especiais. No entanto, o pagamento de indenização por uma garantia não significa o reconhecimento da cobertura por qualquer outra garantia envolvendo o mesmo evento gerador.

A ocorrência de sinistros com efeitos parciais importará na redução do Limite Máximo de Indenização da garantia securitária correspondente proporcionalmente ao valor indenizado.



O pagamento parcial de indenização apenas será devido se (i) a seguradora tiver elementos suficientes para confirmar a cobertura securitária para o sinistro e (ii) houver prejuízos indenizáveis sob a apólice já comprovados pelo segurado.

18. JUNTA MÉDICA

Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, será proposta pela seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de três membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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.

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

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

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

19. PERÍCIA DA SEGURADORA

Em todas as notificações de internação hospitalar do segurado poderão ser realizadas perícias médicas comprobatórias do enquadramento do evento e do número de dias de internação hospitalar, e análise das despesas médico-hospitalares.



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

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

20.PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

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

Na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento estão sujeitas a atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE a partir da data de exigibilidade, a atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, e também a juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado.

21.PERDA DE DIREITOS

O segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando:

- a) deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;
- b) agravar intencionalmente o risco segurado;



c) por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o segurado, seus propostos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e/ou seu representante legal procurar obter benefícios do presente contrato;

d) fazer declarações inexatas, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível.

II – na hipótese de ocorrência de sinistro, sem indenização integral: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, ou, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível;

e) deixar de comunicar imediatamente à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

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



Na hipótese de continuidade do contrato, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível;

- f) deixar de participar o sinistro à seguradora, tão logo tome conhecimento, e não adotar as providências imediatas para minorar suas consequências;
- g) o sinistro decorrer de dolo do segurado, má fé, fraude e/ou simulação.

22.OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

São obrigações do estipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a seguradora informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar o nome da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- h) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo



que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

- i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.
- m) É expressamente vedado ao estipulante, nos seguros em que o prêmio é pago integralmente pelo segurado:
- n) cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;
- o) rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- p) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- q) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.



23.CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização em caso de sinistro coberto. É livre a indicação de beneficiários por parte do Segurado, desde que tal indicação não viole preceitos legais.

De acordo com o Artigo 115, parágrafo 2 da Lei 15.040 “se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge”

Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade, conforme artigo 114 da Lei 15.040.

Quando houver mais de um beneficiário, deverá ser definido o percentual do capital segurado que será destinado a cada um.

O Segurado poderá substituir seus beneficiários a qualquer tempo, mediante aviso escrito à Seguradora, não tendo validade quaisquer alterações que não se procedam desta forma.

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

Na falta de beneficiário nomeado, metade da indenização será ao cônjuge não separado judicialmente, e o saldo restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

A sucessão legítima defere-se na ordem seguinte:

a) Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime de comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares;



- b) Aos ascendentes, em concorrência com o cônjuge;
- c) Ao cônjuge sobrevivente;
- d) Aos colaterais.

Em caso de Sinistro, será considerada a última indicação e/ou alteração de beneficiários feita pelo segurado e recebida pela seguradora antes do sinistro. Caso a seguradora não seja cientificada oportunamente da indicação e/ou alteração, exonerar-se-á pagando o Capital Segurado na forma anterior.

Na falta das pessoas acima indicadas, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou de meios necessários para prover sua subsistência, conforme artigo 115, parágrafo 3º. da Lei 15.040. Não havendo indicação de beneficiários ou não prevalecendo a indicação feita, o capital segurado será pago nos termos da Lei.

Na hipótese de morte simultânea (Comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às garantias dos segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

24.ALTERAÇÃO DA APÓLICE

Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo estipulante, ou por corretor de seguros habilitado, e receber concordância de ambas as partes contratantes.

Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nestas condições gerais,



e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

25.COMUNICAÇÕES

As comunicações do segurado ou estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da seguradora ou via Central de Atendimento. As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na Apólice.

As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado ou estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do estipulante.

26.INFORMAÇÕES

Este contrato será regido e interpretado de acordo com as leis da República Federativa do Brasil.

A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.

O registro deste produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

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

As condições contratuais deste produto protocolizadas pela sociedade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.



27.PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados na Lei 15.040.

28.FORO

Fica eleito o foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes contratantes, será válida a eleição de foro diverso.

Seguro Viagem Coletivo

Condições Especiais

*****ATENÇÃO** - Este documento contém a integralidade de coberturas, exclusões, cláusulas especiais e cláusulas particulares que são passíveis de contratação.

Isso não implica que todas as disposições previstas se aplicam a todos os casos.

Por isso é necessário atentar-se ao que foi negociado nos documentos: sua cotação, sua apólice emitida, sua especificação e ao clausulado correspondente.*******



Condição Especial

GARANTIA BÁSICA

MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice para esta garantia, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do segurado causada por acidente pessoal coberto, ocorrido exclusivamente durante a Viagem Segurada, limitado ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

Para os segurados menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas originais comprobatórias, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta garantia é a pessoa física ou jurídica previamente designada pelo próprio Segurado, Principal ou Dependente, observadas as demais disposições do item 23 - CLÁUSULA BENEFICIÁRIA das Condições Gerais.

2.1. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS



Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais.

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Morte Acidental são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros a data do acidente. A data do evento deve estar compreendida no período de vigência indicada no Certificado de Seguro Individual.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Certidão de óbito do segurado;
- Certidão de Casamento ou escritura pública de união estável, atualizada com averbação de Óbito do segurado;
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH);
- Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizado, em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não declarada na certidão de óbito;
- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente;
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Termo de reconhecimento do cadáver, se necessário;
- Comprovante de despesas incorridas com funeral, incluindo traslado: notas fiscais, recibos (para cobertura de menores de 14 anos);
- Em caso de beneficiário pessoa jurídica, enviar última versão do documento societário registrado na Junta Comercial competente ou no RCPJ (e.g., contrato social ou estatuto social), CNPJ, procuração outorgada ao representante legal ou outro documento apto a comprovar os poderes da pessoa física representante.



Condição Especial

GARANTIA BÁSICA

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física **causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido exclusivamente durante a Viagem Segurada**, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura. O beneficiário terá direito à indenização por morte mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.

1.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

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

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

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente":

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	
		25

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos(cúbitos)	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	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 tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	* de 4 (quatro) centímetros	10
	* de 3 (três) centímetros	06
	* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização



Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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

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

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.

O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

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



3. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

3.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

3.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

- a) **as intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- b) **as doenças profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**
- c) **a perda de dentes e os danos estéticos.**

5. ELEGIBILIDADE

Para as garantias de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.



6. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

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

7. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente;
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Relatório e laudo médicos datados comprovando invalidez total ou parcial, contendo nome do paciente e do médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, data de início da incapacidade e indicação de percentual de Invalidez Permanente;
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais;
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH);
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;
- Laudo de exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão com competência local similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados;



Condição Especial

GARANTIA BÁSICA

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente garante o pagamento do capital segurado ao segurado em razão da ocorrência de um ou mais eventos listados no item 2 a seguir, causado por Acidente Pessoal coberto ocorrido exclusivamente durante a Viagem Segurada, observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura. O beneficiário terá direito à indenização por morte mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.

1.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

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

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da



alta médica definitiva, a seguradora pagará o capital segurado em decorrência dos eventos a seguir:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total e incurável.

3. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

3.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

3.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

- a) **as intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- b) **as doenças profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**
- c) **invalidezes parciais ou qualquer tipo de invalidez permanente não prevista no item 2.**



5. ELEGIBILIDADE

Para a garantias de Invalidez Permanente Total por Acidente são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

6. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

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

7. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente;
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Relatório e laudo médicos datados comprovando incapacidade física total permanente, contendo nome do médico e paciente, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, data de início da incapacidade e alegação de definitividade da incapacidade de maneira total (i.e., 100% de invalidez permanente);
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Laudo de exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados;
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais;
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH);
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE ATO VIOLENTO

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental Decorrente de Ato Violento garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice para esta garantia, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do segurado decorrente de Ato Violento, ocorrido exclusivamente durante a Viagem Segurada, limitado ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas originais comprobatórias, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- 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.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta garantia é a pessoa física ou jurídica previamente designada pelo próprio Segurado, Principal ou Dependente, observadas as demais disposições do item 23 - CLÁUSULA BENEFICIÁRIA das Condições Gerais.

2.1. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS



Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais.

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Morte Acidental Decorrente de Ato Violento são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros a data do acidente, ou seja, a data da ocorrência do ato violento.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Certidão de óbito do segurado;
- Certidão de Casamento ou escritura pública de união estável, atualizada com averbação de Óbito do segurado;
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH);
- Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizado, em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não declarada na certidão de óbito;
- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente;
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Termo de reconhecimento do cadáver, se necessário;
- Comprovante de despesas incorridas com funeral, incluindo traslado: notas fiscais, recibos (para cobertura de menores de 14 anos);

Em caso de beneficiário pessoa jurídica, enviar última versão do documento societário registrado na Junta Comercial competente ou no RCPJ (e.g., contrato social ou estatuto social), CNPJ, procuração outorgada ao representante legal ou outro documento apto a comprovar os poderes da pessoa física representante.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

MORTE ACIDENTAL EM TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental Em Transporte Público Autorizado garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice para esta garantia, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do segurado causada por acidente em Transporte Público Autorizado, ocorrido exclusivamente durante a Viagem Segurada, limitado ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas originais comprobatórias, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- 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.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta garantia é a pessoa física ou jurídica previamente designada pelo próprio Segurado, Principal ou Dependente, observadas as demais disposições do item 23 - CLÁUSULA BENEFICIÁRIA das Condições Gerais.

2.1. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.



3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os eventos:

- a) **não decorrentes de acidentes em transporte público autorizado;**
- b) **decorrentes da utilização de meio de transporte terrestre, marítimo ou aéreo que não tenha licença válida para o transporte pago de passageiros, ou de qualquer outro meio de transporte sem fiscalização; e**
- c) **ocorridos na utilização de transporte individual de passageiros, tais como táxi ou veículos de aluguel.**

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Morte Acidental Em Transporte Público Autorizado são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

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

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Certidão de atestado de óbito do segurado;
- Certidão de Casamento ou escritura pública de união estável, atualizada com averbação de Óbito do segurado;
- Termo de reconhecimento do cadáver, se necessário;
- Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizado, em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não declarada na certidão de óbito;
- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente;
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Comprovante de despesas incorridas com funeral, incluindo traslado: notas fiscais e recibos (para cobertura de menores de 14 anos);
- Em caso de beneficiário pessoa jurídica, enviar última versão do documento societário registrado na Junta Comercial competente ou no RCPJ (e.g., contrato social ou estatuto social), CNPJ, procuração outorgada ao representante legal ou outro documento apto a comprovar os poderes da pessoa física representante.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

MORTE ACIDENTAL EM DESASTRES NATURAIS

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental em Desastres Naturais garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice para esta garantia, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte acidental do segurado causada por uma catástrofe natural, ocorrida exclusivamente durante a Viagem Segurada, respeitada as condições gerais deste seguro não alteradas por esta condição especial.

1.1. Para fins desta cobertura, entende-se desastre ou catástrofe natural como o evento resultante do impacto de um fenômeno natural extremo e/ou intenso (ventos fortes, chuvas, tempestades, neve, granizo, raios, terremotos, tornados, inundações, erupções vulcânicas, incêndios florestais, tsunamis e outros) que causa danos graves e prejuízos que excedem a capacidade dos afetados de conviver com o impacto, de tal forma que a área em que o evento ocorre é declarada como área de desastre pela autoridade governamental competente.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta garantia é a pessoa física ou jurídica previamente designada pelo próprio Segurado, Principal ou Dependente, observadas as demais disposições do item 23 - CLÁUSULA BENEFICIÁRIA das Condições Gerais.

2.1. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, exceto os cobertos por esta condição especial.

Além dos riscos mencionados, também estão excluídos desta garantia o falecimento que ocorra durante a catástrofe natural, mas que não seja



resultado direto da catástrofe, como, por exemplo, o decorrente de um ataque cardíaco.

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Morte Acidental em Desastres Naturais são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

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

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Certidão de Casamento ou escritura pública de união estável, atualizada com averbação de Óbito do segurado;
- Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizado, em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não declarada na certidão de óbito;
- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente;
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Termo de reconhecimento do cadáver, se necessário;
- Declaração da autoridade governamental competente da área de ocorrência do evento como área de desastre;
- Em caso de beneficiário pessoa jurídica, enviar última versão do documento societário registrado na Junta Comercial competente ou no RCPJ (e.g., contrato social ou estatuto social), CNPJ, procuração outorgada ao representante legal ou outro documento apto a comprovar os poderes da pessoa física representante.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE ROUBO EM CAIXA ELETRÔNICO 24 HORAS

1. OBJETIVO

A cobertura de Morte Acidental Decorrente de Roubo em Caixa Eletrônico 24 horas garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice para esta garantia ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do segurado ocorrida em consequência de ato violento durante ou até duas horas após a transação em Caixa Eletrônico, durante a Viagem Segurada.

1.1. Para os menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura do evento morte desta garantia destina-se somente ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas originais comprobatórias, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- 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.

1.2. Limite de Cobertura: Se um Segurado tiver mais de um cartão elegível a cobertura, as indenizações não se acumulam. O valor a ser indenizado corresponderá ao capital segurado do cartão utilizado na transação, ou o capital segurado de maior valor entre os cartões utilizados.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta garantia é a pessoa física ou jurídica previamente designada pelo próprio Segurado, Principal ou Dependente, observadas as demais disposições do item **23 - CLÁUSULA BENEFICIÁRIA** das Condições Gerais.

2.1. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.



3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

- a) Todas as ocorrências que não resultem do emprego de violência contra o segurado com o objetivo de efetuar saques no Caixa Eletrônico 24 horas ou subtrair os valores retirados em sua posse.**

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Morte Acidental Decorrente de Roubo em Caixa Eletrônico 24 horas são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros a data do acidente, ou seja, a data da ocorrência do ato violento.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Certidão de óbito do segurado;
- Certidão de Casamento ou escritura pública de união estável, atualizada com averbação de Óbito do segurado;
- Termo de reconhecimento do cadáver, se necessário;
- Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência; similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizado, em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não declarada na certidão de óbito;
- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente;
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Comprovante de despesas incorridas com funeral, incluindo traslado, notas fiscais (para cobertura de menores de 14 anos);
- Formulário de pagamento para autorização de crédito em conta corrente conforme modelo fornecido pela Seguradora;
- Em caso de beneficiário pessoa jurídica, enviar última versão do documento societário registrado na Junta Comercial competente ou no RCPJ (e.g., contrato social ou estatuto social), CNPJ, procuração outorgada ao representante legal ou outro documento apto a comprovar os poderes da pessoa física representante.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE ATO VIOLENTO

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Decorrente de Ato Violento garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente decorrente de Ato Violento, ocorrido exclusivamente durante a Viagem Segurada, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura. O beneficiário terá direito à indenização por morte mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.

1.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

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

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente":

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos(cúbitos)	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	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 tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	* de 4 (quatro) centímetros	10
	* de 3 (três) centímetros	06
	* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização



Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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

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

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.

O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

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



3. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

3.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

3.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

- a) as intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- b) as doenças profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**
- c) a perda de dentes e os danos estéticos.**

5. ELEGIBILIDADE

Para a garantias de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Decorrente de Ato Violento são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

6. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros a data do acidente, ou seja, a data da ocorrência do ato violento.

7. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

-
- Boletim de Certidão de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente;
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Relatório e laudo médicos datados comprovando invalidez total ou parcial, contendo nome do paciente e do médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, data de início da incapacidade e indicação de percentual de Invalidez Permanente;
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais;
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;
- Laudo de exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão com competência local similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Público Autorizado garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente em Transporte Público Autorizado, ocorrido exclusivamente durante a Viagem Segurada, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas as condições contratuais deste seguro.

1.1. Se, depois de pagar indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura. O beneficiário terá direito à indenização por morte mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.

1.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

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

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

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente":

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos(cúbitos)	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	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 tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	* de 4 (quatro) centímetros	10
	* de 3 (três) centímetros	06
	* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização



Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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

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

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.

O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

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



3. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

3.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

3.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

- a) as intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente em transporte público autorizado;
- b) as doenças profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- c) a perda de dentes e os danos estéticos;
- d) os eventos decorrentes da utilização de meio de transporte terrestre, marítimo ou aéreo que não tenha licença válida para o transporte pago de passageiros, ou de qualquer outro meio de transporte sem fiscalização; e
- e) os eventos ocorridos na utilização de transporte individual de passageiros, tais como táxi ou veículos de aluguel.



5. ELEGIBILIDADE

Para a garantias de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Público Autorizado são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

6. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

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

7. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente;
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Relatório e laudo médicos datados comprovando incapacidade física total ou parcial e permanente, contendo nome do paciente e médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, data de início da incapacidade e alegação de definitividade da incapacidade e do percentual de invalidez permanente;
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais;
- Laudo de exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados (cópia autenticada);
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM DESASTRES NATURAIS

1. OBJETIVO

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Desastres Naturais garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente, decorrente de uma catástrofe natural ocorrida exclusivamente durante a Viagem Segurada, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. Para fins desta cobertura, entende-se desastre ou catástrofe natural como o evento resultante do impacto de um fenômeno natural extremo e/ou intenso (ventos fortes, chuvas, tempestades, neve, granizo, raios, terremotos, tornados, inundações, erupções vulcânicas, incêndios florestais, tsunamis e outros) que causa danos graves e prejuízos que excedem a capacidade dos afetados de conviver com o impacto, de tal forma que a área em que o evento ocorre é declarada como área de desastre pela autoridade governamental competente.

1.2. Se, depois de pagar indenização por invalidez permanente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura. O beneficiário terá direito à indenização por morte mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.

1.3. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

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

1.5. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames



médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente":

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos(cúbitos)	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	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 tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	* de 4 (quatro) centímetros	10
	* de 3 (três) centímetros	06
	* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização



Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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

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

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.

O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

O pagamento do capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

3. BENEFICIÁRIO



O Beneficiário será o próprio Segurado.

1.6. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

1.7. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, exceto os cobertos por esta condição especial.

Além dos riscos mencionados, também estão excluídos desta garantia:

- a) **todas as ocorrências que não resultem diretamente da catástrofe natural.**
- b) **as intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes do evento coberto;**
- c) **as doenças profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente pelo acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**
- c) **a perda de dentes e os danos estéticos.**

5. ELEGIBILIDADE



Para a garantias de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Desastres Naturais são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

6. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros a data do acidente, ou seja, a data da ocorrência da catástrofe natural.

7. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente;
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Relatório e laudo médicos datados comprovando invalidez total ou parcial; contendo nome do paciente e do médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, data de início da incapacidade e indicação de percentual de Invalidez Permanente;
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais;
- Laudo de exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados;
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;
- Declaração da autoridade governamental competente da área de ocorrência do evento como área de desastre.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

DESPESAS EMERGENCIAIS MÉDICAS E HOSPITALARES EM CASO DE ACIDENTE DURANTE VIAGEM NACIONAL

1. OBJETIVO

A cobertura de Despesas Emergenciais Médicas e Hospitalares em Caso de Acidente durante Viagem Nacional garante o pagamento ou o reembolso ao Segurado de despesas emergenciais médicas e hospitalares efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, **decorrentes de Acidente Pessoal coberto ocorrido exclusivamente durante a Viagem Nacional Segurada**, desde que o tratamento tenha sido iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do Acidente Pessoal, limitado ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais do seguro.

1.1. Para fins deste seguro, entende-se por casos emergenciais as ocorrências que exijam o atendimento médico imediato, clínico ou cirúrgico, sob pena de colocar em risco a sobrevivência do indivíduo ou de gerar incapacidade permanente, e por despesas médicas e hospitalares somente:

- a) Atendimento médico de emergência;
- b) Exames médicos emergenciais;
- c) Internação hospitalar para tratamento clínico e/ou cirúrgico de emergência, ou seja, o tratamento clínico ou cirúrgico que não possa aguardar o retorno do Segurado ao seu domicílio.

I- Emergência: situação em que o segurado necessita de atendimento imediato, pois existe risco de morte; e

II- Urgência: situação em que o segurado necessita de atendimento, não caracterizado como de emergência, podendo aguardar o atendimento de casos emergenciais

1.2. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos e hospitalares, desde que legalmente habilitados.

1.3. As despesas médicas e hospitalares deverão ser devidamente comprovadas, nos termos estabelecidos nestas condições contratuais.

1.4. Constatada Condição Preexistente, a cobertura de despesas médicas e



hospitalares será suspensa e o atendimento, bem como seus custos, correrão exclusivamente por conta do Segurado.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

- a) Fisioterapias;
- b) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- c) Cirurgias plásticas, tratamentos rejuvenescedores ou estéticos, despesas com compras de próteses (excluindo-se as despesas com reparos ou substituições de próteses odontológicas, desde que em decorrência de traumatismo);

Exames e/ou hospitalizações para check-up (avaliação médica);

- d) Complicações da gravidez.

4. ELEGIBILIDADE



Para a garantia de Despesas Emergenciais Médicas e Hospitalares em Caso de Acidente durante Viagem Nacional são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência do acidente.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente;
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Relatório e laudo médicos datados comprovando emergência/urgência médica em gestante decorrente de acidente pessoal ou doença súbita, contendo nome, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, idade gestacional e atribuição de CID; (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde);
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais;
- Laudo de exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal (IML) ou similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados;
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;
- Comprovante de despesas médicas incorridas com atendimento médico de emergência, exames emergenciais e internação hospitalar, consubstanciadas por notas fiscais, boletos, comprovantes de transferência/depósito bancário.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

DESPESAS EMERGENCIAIS MÉDICAS E HOSPITALARES EM CASO DE ACIDENTE DURANTE VIAGEM INTERNACIONAL

1. OBJETIVO

A cobertura de Despesas Emergenciais Médicas e Hospitalares em Caso de Acidente durante Viagem Internacional garante o pagamento ou o reembolso ao Segurado de despesas emergenciais médicas e hospitalares efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, **decorrentes de Acidente Pessoal coberto ocorrido exclusivamente durante a Viagem Internacional Segurada**, desde que o tratamento tenha sido iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do Acidente Pessoal, limitado ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais do seguro.

1.1. Para fins deste seguro, entende-se por casos emergenciais as ocorrências que exijam o atendimento médico imediato, clínico ou cirúrgico, sob pena de colocar em risco a sobrevivência do indivíduo ou de gerar incapacidade permanente, e por despesas médicas e hospitalares somente:

- a) Atendimento médico de emergência;
- b) Exames médicos emergenciais;
- c) Internação hospitalar para tratamento clínico e/ou cirúrgico de emergência, ou seja, o tratamento clínico ou cirúrgico que não possa aguardar o retorno do Segurado ao seu domicílio.

Emergência: situação em que o segurado necessita de atendimento imediato, pois existe risco de morte; e

Urgência: situação em que o segurado necessita de atendimento, não caracterizado como de emergência, podendo aguardar o atendimento de casos emergenciais

1.2. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos e hospitalares, desde que legalmente habilitados.

1.3. As despesas médicas e hospitalares deverão ser devidamente comprovadas, nos termos estabelecidos nestas condições contratuais.



1.4. Constatada Condição Preexistente, a cobertura de despesas médicas e hospitalares será suspensa e o atendimento, bem como seus custos, correrão exclusivamente por conta do Segurado.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

- a) **Fisioterapias;**
- b) **Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- c) **Cirurgias plásticas, tratamentos rejuvenescedores ou estéticos, despesas com compras de próteses (excluindo-se as despesas com reparos ou substituições de próteses odontológicas, desde que em decorrência de traumatismo);**
- d) **Exames e/ou hospitalizações para check-up (avaliação médica);**
 - **Complicações da gravidez.**



4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Despesas Emergenciais Médicas e Hospitalares em Caso de Acidente em Viagem Internacional são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência do acidente.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente;
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Relatório e laudo médicos datados comprovando emergência/urgência médica em gestante decorrente de acidente pessoal ou doença súbita, contendo nome, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, idade gestacional e atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde);
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais;
- Laudo de exame de corpo de delito emitido por órgão oficial do país correspondente e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados;
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;
- Comprovante de despesas médicas incorridas, consubstanciadas por notas fiscais, boletos, comprovantes de transferência/depósito bancário.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

DESPESAS EMERGENCIAIS MÉDICAS E HOSPITALARES EM CASO DE DOENÇA SÚBITA DURANTE VIAGEM NACIONAL

1. OBJETIVO

A cobertura de Despesas Emergenciais Médicas e Hospitalares em Caso de Doença Súbita durante Viagem Nacional garante o pagamento ou o reembolso ao Segurado de despesas emergenciais médicas e hospitalares efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, **decorrentes de doenças de caráter súbito ocorrido exclusivamente durante a Viagem Nacional Segurada**, desde que o tratamento tenha sido iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do atendimento médico emergencial, limitado ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais do seguro.

1.1. Para fins deste seguro, entende-se por casos emergenciais as ocorrências que exijam o atendimento médico imediato, clínico ou cirúrgico, sob pena de colocar em risco a sobrevivência do indivíduo ou de gerar incapacidade permanente, e por despesas médicas e hospitalares somente:

- a) Atendimento médico de emergência;
- b) Exames médicos emergenciais;
- c) Internação hospitalar para tratamento clínico e/ou cirúrgico de emergência, ou seja, o tratamento clínico ou cirúrgico que não possa aguardar o retorno do Segurado ao seu domicílio.

1.2. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos e hospitalares, desde que legalmente habilitados.

1.3. As despesas médicas e hospitalares deverão ser devidamente comprovadas, nos termos estabelecidos nestas condições contratuais.

1.4. Constatada Condição Preexistente, a cobertura de despesas médicas e hospitalares será suspensa e o atendimento, bem como seus custos, correrão exclusivamente por conta do Segurado.

2. BENEFICIÁRIO



O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

- a) Fisioterapias;**
- b) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- c) Cirurgias plásticas, tratamentos rejuvenescedores ou estéticos, despesas com compras de próteses (excluindo-se as despesas com reparos ou substituições de próteses odontológicas, desde que em decorrência de traumatismo);**
- d) Exames e/ou hospitalizações para check-up (avaliação médica);**
- e) Complicações da gravidez.**

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Despesas Emergenciais Médicas e Hospitalares em Caso de Doença Súbita Nacional são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida



no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5.

6. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

7.

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência do acidente.

8. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Relatório e laudo médicos datados, emitidos no Brasil, comprovando emergência/urgência médica, contendo nome, CRM, carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão e atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde);
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais;
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado.
- Comprovante de despesas médicas incorridas com atendimento médico de emergência, exames emergenciais e internação hospitalar, consubstanciadas por notas fiscais e recibos.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

DESPESAS EMERGENCIAIS MÉDICAS E HOSPITALARES EM CASO DE DOENÇA SÚBITA DURANTE VIAGEM INTERNACIONAL

1. OBJETIVO

A cobertura de Despesas Emergenciais Médicas e Hospitalares em Caso de Doença Súbita durante Viagem Internacional garante o pagamento ou o reembolso ao Segurado de despesas emergenciais médicas e hospitalares efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, **decorrentes de doenças de caráter súbito ocorrido exclusivamente durante a Viagem Internacional Segurada**, desde que o tratamento tenha sido iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do atendimento médico emergencial, limitado ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais do seguro.

1.1. Para fins deste seguro, entende-se por casos emergenciais as ocorrências que exijam o atendimento médico imediato, clínico ou cirúrgico, sob pena de colocar em risco a sobrevivência do indivíduo ou de gerar incapacidade permanente, e por despesas médicas e hospitalares somente:

- a) Atendimento médico de emergência;
- b) Exames médicos emergenciais;
- c) Internação hospitalar para tratamento clínico e/ou cirúrgico de emergência, ou seja, o tratamento clínico ou cirúrgico que não possa aguardar o retorno do Segurado ao seu domicílio.

1.2. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos e hospitalares, desde que legalmente habilitados.

1.3. As despesas médicas e hospitalares deverão ser devidamente comprovadas, nos termos estabelecidos nestas condições contratuais.

1.4. Constatada Condição Preexistente, a cobertura de despesas médicas e hospitalares será suspensa e o atendimento, bem como seus custos, correrão exclusivamente por conta do Segurado.



2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

- a) **Fisioterapias;**
- b) **Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- c) **Cirurgias plásticas, tratamentos rejuvenescedores ou estéticos, despesas com compras de próteses (excluindo-se as despesas com reparos ou substituições de próteses odontológicas, desde que em decorrência de traumatismo);**
- d) **Exames e/ou hospitalizações para check-up (avaliação médica);**
- e) **Complicações da gravidez.**

4. ELEGIBILIDADE



Para a garantia de Despesas Emergenciais Médicas e Hospitalares em Caso de Doença Súbita durante Viagem Internacional são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência do acidente.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Relatório e laudo médicos datados comprovando emergência/urgência médica, contendo nome do paciente e do médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão e atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde);
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais;
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;
- Comprovante de despesas médicas incorridas com atendimento médico de emergência, exames emergenciais e internação hospitalar, consubstanciadas por notas fiscais e recibos.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

DESPESAS EMERGENCIAIS ODONTOLÓGICAS EM CASO DE ACIDENTE OU DOENÇA SÚBITA

1. OBJETIVO

A cobertura de Despesas Emergenciais Odontológicas em Caso de Acidente ou Doença Súbita garante o pagamento ou o reembolso ao Segurado de despesas emergenciais odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação de profissional qualificado, **decorrentes de Acidente Pessoal coberto ou doença de caráter súbito ocorridos durante a Viagem Segurada** que exijam o tratamento de emergência em dentes naturais permanentes, limitado ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. Estão cobertas despesas com reparos ou substituições de próteses odontológicas desde que em decorrência de traumatismo.

1.2. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços, desde que legalmente habilitados.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.



3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

- a) todo e qualquer tipo de tratamento eletivo e /ou rotineiro;**
- b) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- c) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais por trauma.**

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Despesas Emergenciais Odontológicas em Caso de Acidente ou Doença Súbita são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência do acidente.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Relatório e laudo odontológico datados comprovando emergência/urgência e o tratamento realizado, contendo nome do paciente e do dentista, CRO, carimbo e assinatura física do dentista (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão e atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde);
- Exames complementares que comprovem a emergência odontológica, como raio X;
- Comprovante de despesas odontológicas incorridas com atendimento de emergência;
- Em caso de acidente, (i) Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente, e (ii) Laudo de exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados;



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

DESPESAS COMPLEMENTARES EM CASO DE ACIDENTE

1. OBJETIVO

A cobertura Despesas Complementares em caso de Acidente garante o pagamento ou o reembolso ao Segurado de despesas efetuadas para seu tratamento, limitado ao capital segurado contratado e definido na apólice para esta garantia, caso o Segurado sofra um Acidente Pessoal coberto durante uma viagem fora de seu país de origem, e necessite, após a alta hospitalar, de serviços de “home care” durante o período de convalescência em seu domicílio.

1.1. Serviços de “home care”: serviços para a continuidade do tratamento iniciado em um hospital, com toda estrutura necessária para a estabilidade do paciente no ambiente doméstico;

1.2. A indenização poderá ser substituída pelo pagamento em serviços de “home care”, desde que expressamente solicitada pelo segurado ou beneficiário.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.



3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

- a) Qualquer reclamação resultante de uma viagem no país (viagem nacional) de domicílio do Segurado Principal ou Dependente;**

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Despesas Complementares em Caso de Acidente são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência do acidente.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente;
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Relatório e laudo médicos datados comprovando a necessidade de



serviços de home care decorrente de acidente pessoal no exterior, contendo nome, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão e atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde);

- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais;
- Laudo de exame de corpo de delito emitido por órgão oficial do país correspondente e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados;
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;
- Comprovante de despesas médicas incorridas com *home care*: notas fiscais ou recibos;



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

DESPESAS FARMACÊUTICAS EM CASO DE ACIDENTE OU DOENÇA SÚBITA

OBJETIVO

A cobertura de Despesas Farmacêuticas em Caso de Acidente ou Doença Súbita garante o reembolso ao Segurado das despesas com a compra de medicamentos necessários em virtude de atendimento médico ou odontológico emergencial, decorrente de Acidente Pessoal coberto ou doença de caráter súbito ocorrido durante a Viagem Segurada, efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, limitado ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, desde que o atendimento tenha sido efetuado dentro do prazo de vigência do Seguro.

1.1. Estão cobertas por esta garantia as despesas com medicamentos necessários em virtude de atendimento odontológico que exija o tratamento de emergência em dentes naturais permanentes.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS



Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

a) todo e qualquer tipo de tratamento eletivo e /ou rotineiro

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Despesas Farmacêuticas em Caso de Acidente são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência do acidente.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Relatório, laudo e prescrição médicos e odontológicos datados comprovando emergência/urgência, o tratamento realizado e a medicação prescrita, contendo nome do paciente e do médico, CRM/CRO, carimbo e assinatura física do médico/dentista (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão e atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde);
- Exames complementares que comprovem a emergência médica e/ou odontológica, como raio X; ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais;
- Comprovante de despesas odontológicas incorridas com atendimento de emergência, notas fiscais e recibos;
- • Em caso de acidente, (i) Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente, e (ii) Laudo de exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizado.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL FISIOTERAPIA EM CASO DE ACIDENTE

1. OBJETIVO

A cobertura de Fisioterapia em caso de Acidente garante o pagamento ou o reembolso ao Segurado de despesas emergenciais com até 10 sessões de fisioterapia efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que o tratamento tenha o seu início durante a Viagem Segurada, limitado ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais do seguro.

1.1. Para fins deste seguro, entende-se por fisioterapia emergencial: em caso de necessidade de fisioterapia em decorrência de acidente, será providenciado o atendimento fisioterapêutico emergencial necessário, desde que determinado pelo médico que prestou o atendimento ao Segurado durante a Viagem Segurada.

1.2. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos e hospitalares, desde que legalmente habilitados.

1.3. As despesas deverão ser devidamente comprovadas, nos termos estabelecidos nestas condições contratuais.

1.4. Constatada Condição Preexistente, a cobertura será suspensa e o atendimento, bem como seus custos, correrão exclusivamente por conta do Segurado.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.



2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

a) todo e qualquer tipo de tratamento eletivo e /ou rotineiro.

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Fisioterapia em caso de Acidente são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência do acidente.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Relatório e laudo médicos datados comprovando emergência/urgência médica que demande fisioterapia e prescrição de fisioterapia, incluindo quantidade de sessões, contendo nome do paciente e médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão e atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde);
 - Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais;
 - Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;
 - Comprovante de despesas incorridas com fisioterapia: consubstanciadas por notas fiscais e recibos;
 - Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente;
 - Laudo de exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

DESPESAS EMERGENCIAIS MÉDICAS E HOSPITALARES DE GESTANTE EM CASO DE ACIDENTE OU DOENÇA SÚBITA DURANTE VIAGEM INTERNACIONAL

1. OBJETIVO

A cobertura de Despesas Emergenciais Médicas e Hospitalares de Gestante em caso de Acidente ou Doença Súbita durante Viagem Internacional garante o pagamento ou o reembolso ao Segurado de despesas médicas e hospitalares em decorrência de complicações da gravidez até 28ª semana, efetuadas pelo Segurada para seu tratamento médico emergencial, em caso de Acidente Pessoal coberto ou doença de caráter súbito ocorridos durante a Viagem Internacional Segurada, limitadas ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais do seguro.

1.1. Para fins deste seguro, entende-se por casos emergenciais as ocorrências que exijam o atendimento médico imediato, clínico ou cirúrgico, sob pena de colocar em risco a sobrevivência do indivíduo ou de gerar incapacidade permanente, e por despesas médicas e hospitalares somente:

- a) Atendimento médico de emergência;
- b) Exames médicos emergenciais;
- c) Internação hospitalar para tratamento(s) clínico e/ou cirúrgico de emergência, ou seja, o tratamento clínico ou cirúrgico que não possa aguardar o retorno do Segurado ao seu domicílio.

1.2. Cabe à segurada a livre escolha dos prestadores de serviços médicos e hospitalares, desde que legalmente habilitados.

1.3. As despesas médicas e hospitalares deverão ser devidamente comprovadas, nos termos estabelecidos nestas condições contratuais.

1.4. Constatada Condição Preexistente, a cobertura de despesas médicas e hospitalares será suspensa e o atendimento, bem como seus custos, correrão exclusivamente por conta da Segurada.

1.5. A cobertura pode ser estendida até a 32ª semana, mediante avaliação



e aceitação prévia por parte da Seguradora.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será a própria Segurada.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira ou filha maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será a própria Segurada Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

- a) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- b) Exames e/ou hospitalizações para check-up (avaliação médica).**

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Despesas Emergenciais Médicas e Hospitalares de Gestante durante Viagem Internacional são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.



5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência do acidente.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Se acidente, (i) Boletim de Ocorrência policial (B.O.) da autoridade local, (ii) Laudo Pericial do local do acidente, se houver, e (iii) Laudo de exame de corpo de delito emitido por órgão oficial do país correspondente e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados;
- Exames prévios complementares que comprovem a idade gestacional quando do início da viagem segurada, como ultrassonografias e relatórios médicos nos moldes similares aos indicados no item abaixo;
- Relatório e laudo médicos datados comprovando emergência/urgência médica em gestante decorrente de acidente pessoal ou doença súbita, contendo nome, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, idade gestacional e atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde);
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão;
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

PERDA DE VISÃO EM CASO DE ACIDENTE

1. OBJETIVO

A cobertura de Perda de Visão em Caso de Acidente garante o pagamento de uma indenização ao segurado relativa à perda total da visão **causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido exclusivamente durante a Viagem Segurada**, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. Se, depois de paga indenização pela perda total da visão em caso de acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

1.2. A perda da visão deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

1.3. A aposentadoria por invalidez em decorrência da perda da visão, concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o direito à indenização.

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

1.5. No caso de perda total da visão de um olho, a indenização devida por esta cobertura corresponderá a 30% do capital segurado da garantia.

1.6. Quando o segurado já tiver uma perda total da visão de um olho antes do acidente, a indenização devida por esta cobertura corresponderá a



70% do capital segurado da garantia.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

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

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



4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Perda Total da Visão em Caso de Acidente são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência do acidente.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Relatório e laudo médicos datados comprovando a perda de visão, contendo nome do paciente e do médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da perda total da visão e declaração de perda total da visão (100%) com indicação do olho afetado;
- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente;
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH);
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais;
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;
- Laudo de exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

QUEBRA DE OSSOS EM CASO DE ACIDENTE

1. OBJETIVO

A cobertura de Quebra de Ossos em Caso de Acidente garante o pagamento de uma indenização ao segurado nos casos de fratura completa, de fratura múltipla, de fratura complexa, de fratura de Colles e/ou fratura de dedos **causadas por Acidente Pessoal coberto, ocorrido exclusivamente durante a Viagem Segurada**, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. Para fins desta cobertura, entende-se como:

1.1.1. Fratura Completa: fratura cujo osso tenha rompido de uma extremidade até a outra.

1.1.2. Fratura Múltipla: mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso.

1.1.3. Fratura Complexa: fratura exposta (quando os tecidos moles sobrejacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior) ou fratura que tenha afetado seriamente a função de um órgão.

1.1.4. Fratura de Colles: fratura no osso rádio em nível do pulso.

1.1.5. Fratura de dedos: no mínimo fratura de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo Segurado em um mesmo evento.

1.1.6. Fratura Incompleta: fratura que não rompe todo o osso (o osso não é quebrado em duas partes).

1.1.7. Luxação: deslocamento do osso de uma articulação, ou quando o contato articular dos ossos é perdido.

1.1.8. Contusão: lesão com uma possível fratura em avulsão, fratura que resulta de um grave estresse de um tendão ou ligamento em região articular (um fragmento ósseo é separado ou afastado pelo tendão ou ligamento de flexão).

1.2. Se, depois de paga indenização por quebra de ossos em caso de acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga pela quebra de ossos deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

1.3. A quebra de ossos deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.



1.4. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Após a comprovação das lesões, a seguradora pagará uma indenização de acordo com os ossos afetados e os percentuais estabelecidos na tabela descrita a seguir:

Discriminação	% sobre Capital Segurado
Pescoço	25
Quadril ou Pélvis	20
Crânio	12
Fêmur (não-quadril), Calcânhar, Braço	10
Tornozelo, Perna, Cotovelo, Omoplata	8
Maxilar, Clavícula, Antebraços, Pulso	7
Vértebra (cada uma)	5
Osso Esterno (parte anterior do tórax), patela (rótula)	4
Mão (exceto dedos e pulso)	3
Pés (exceto calcânhar, dedos dos pés), Cóccix	2
Face (exceto crânio, nariz e maxilar)	2
Costelas (cada)	1
Dedos da Mão e do Pé (cada um)	1

Quando o mesmo acidente resultar em mais de uma fratura, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).



3. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

3.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

3.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia quaisquer despesas, prejuízos, ônus, perdas, danos ou responsabilidades de qualquer natureza, direta ou indiretamente causados por, ou resultantes de, para os quais tenham contribuído ou cujo pedido de indenização abranja:

- a) **fratura incompleta, luxação ou contusão;**
- b) **os tipos de fraturas não incluídos na tabela do item 2;**
- c) **fraturas patológicas, entendidas como aquelas nas quais um osso é quebrado através de uma área enfraquecida por uma doença, por um grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tais como tumores ósseos, metástases ósseas e doenças do metabolismo;**
- d) **osteoporose (doença que atinge os ossos).**



5. ELEGIBILIDADE

Para a garantias de Quebra de Ossos em Caso de Acidente são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

6. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência do acidente.

7. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Relatório e laudo médicos detalhados, datados, comprovando as lesões a ossos, contendo nome do paciente e do médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico e descrição da lesão;
- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente, se o caso;
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH);
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Exames de diagnóstico complementares atestando as lesões, como raio-X;
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;
- Laudo de exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

PARALISIA EM CASO DE ACIDENTE

1. OBJETIVO

A cobertura de Paralisia em Caso de Acidente garante o pagamento de uma indenização ao segurado nos casos de paralisia total **causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido exclusivamente durante a Viagem Segurada**, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. Para fins desta cobertura, entende-se como paralisia total a abolição completa da mobilidade voluntária, da capacidade de efetuar um movimento em parte do corpo. A paralisia causada por um acidente pode ser decorrente de uma lesão medular ou cerebral, esta última por traumatismo crânio-encefálico.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a paralisia total quando d, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela descrita a seguir:

Paralisia	% sobre o Capital Segurado
Tetraplegia	100
Paraplegia	75
Hemiplegia	50
Uniplegia	25



3. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

3.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

3.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

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

5. ELEGIBILIDADE

Para a garantias de Paralisia em Caso de Acidente são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.



6. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência do acidente.

7. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente comprovando a ocorrência do acidente coberto;
- Relatório e laudo médicos detalhados, datados, comprovando a paralisia total, contendo nome do paciente e do médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da paralisia e indicação do tipo de paralisia (tetraplegia, paraplegia, hemiplegia ou uniplegia);
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Exames de diagnóstico complementares atestando as lesões, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais
- Laudo de exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal (IML) ou de órgão com competência similar para esses afins e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados;
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

QUEIMADURAS

1. OBJETIVO

A cobertura de Queimaduras garante o pagamento de uma indenização de acordo com o grau de queimadura (de 2º e 3º graus) sofrido e extensão, conforme tabelas no item 2, **ocorrida exclusivamente durante a Viagem Segurada**, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. Para fins desta cobertura, entende-se:

1.1.1. Queimadura: decomposição do tecido da pele produzida por contato com fogo, calor ou substâncias corrosivas afetando a epiderme e a derme (2ª camada da pele), causando a formação de bolhas e dor acentuada.

1.1.2. Queimadura de 1º grau: destruição apenas da camada superficial da pele, da epiderme. No local da lesão, surgem vermelhidão, inchaço e forte sensação de ardência. Pode haver a formação de bolhas, mas não é comum.

1.1.3. Queimadura de 2º grau: destruição mais profunda da epiderme. No local da lesão surgem bolhas ("flictenas") e é muito dolorosa, porque há a exposição das raízes nervosas que foram atingidas.

1.1.4. Queimadura de 3º grau: destruição da epiderme em toda a sua espessura, tão profunda que pode atingir os músculos e ossos. Os tecidos ficam negros e sem vida (necrose), não há dor porque as terminações nervosas responsáveis pela sensibilidade à dor foram também queimadas.

1.2. Se, depois de paga indenização por queimadura, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga pela queimadura deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

1.3. A queimadura deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

1.4. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames



médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Após a comprovação das lesões, a seguradora pagará uma indenização em função do grau da queimadura e da superfície corporal atingida, conforme os percentuais estabelecidos nas tabelas descritas a seguir:

TABELA DE QUEIMADURAS DE TERCEIRO GRAU	
SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA - SQC	% do valor principal
MAIS DE 27%	100%
ENTRE 18% E 27%	80%
ENTRE 9% E MENOS DE 18%	60%
ENTRE 4.5% E MENOS DE 9%	30%
ENTRE 1% E MENOS DE 4.5%	6%

TABELA DE QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU	
SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA - SQC	% do valor principal
MAIS DE 27%	60%
ENTRE 18% E 27%	48%
ENTRE 9% E MENOS DE 18%	38%
ENTRE 4.5% E MENOS DE 9%	18%
ENTRE 1% E MENOS DE 4.5%	4%

As percentagens não se acumulam, quando o mesmo acidente resultar em mais de um tipo de queimadura, a indenização deve ser calculada com base na tabela de queimaduras de maior grau.

Queimaduras que atinjam menos de 1% da superfície corporal, não dão direito à indenização.



3. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

3.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

3.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídas desta garantia as queimaduras de 1º grau.

5. ELEGIBILIDADE

Para a garantias de Queimaduras são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

6. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência do acidente.

7. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Relatório e laudo médicos detalhados, datados, comprovando as lesões de queimadura, contendo nome do paciente e do médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da lesão, incluindo seu grau e o percentual da superfície corporal atingida;
- Boletim de Certidão de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente, se o caso;
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH)
- Exames de diagnóstico complementares atestando as lesões;
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;
- Laudo de exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

CIRURGIA PLÁSTICA EM CASO DE ACIDENTE

1. OBJETIVO

A cobertura de Cirurgia Plástica em Caso de Acidente garante o reembolso ao Segurado de despesas médicas e hospitalares efetuadas com cirurgias plásticas reparatórias, necessárias em decorrência de Acidente Pessoal coberto ocorrido durante a Viagem Segurada, para os tratamentos realizados nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do Acidente Pessoal, limitadas ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e respeitadas as condições gerais e especiais do seguro.

1.1. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos e hospitalares, desde que legalmente habilitados.

1.2. As despesas médicas e hospitalares deverão ser devidamente comprovadas, nos termos estabelecidos nestas condições contratuais.

1.3. Constatada condição preexistente, a cobertura de despesas médicas e hospitalares será suspensa e o atendimento, bem como seus custos, correrão exclusivamente por conta do Segurado.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.



3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia as cirurgias plásticas com finalidade estética os tratamentos rejuvenescedores ou estéticos e as despesas com compras de próteses (excluindo-se as despesas com reparos ou substituições de próteses odontológicas, desde que em decorrência de traumatismo).

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Cirurgia Plástica em Caso de Acidente são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência do acidente.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente;
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Relatório e laudo médicos datados comprovando a necessidade de cirurgia reparadora decorrente de acidente pessoal, contendo nome do paciente e médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico;
- Exames complementares e prova documental que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, exames laboratoriais, fotografias;
- Laudo de exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados;
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;
- Comprovante de despesas médicas incorridas com cirurgia plástica reparatória, notas fiscais, relatório de prestação de serviços.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

REMOÇÃO MÉDICA

1. OBJETIVO

A cobertura de Remoção Médica garante ao Segurado o pagamento ou reembolso das despesas com remoção do segurado para um hospital ou local adequado ao atendimento médico emergencial, **depois de terem sido prestados os primeiros socorros**, ou seja após concluído salvamento, caso ocorra um Acidente Pessoal ou doença súbita que o impossibilite prosseguir a Viagem Segurada, até o limite do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. A remoção deverá ser realizada pela rota mais direta possível e pelo meio mais compatível com o estado de saúde do segurado.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

7. RISCOS EXCLUÍDOS



Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais.

3. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Remoção Médica são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

8. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência do acidente ou do documento que comprove a doença súbita.

9. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Relatório e laudo médicos detalhados, datados, comprovando as lesões a ossos, contendo nome do paciente e do médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da lesão;
- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente, se o caso;
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH);
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, raio-X, exames laboratoriais;
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;
- Comprovante de despesas incorridas com remoção: notas fiscais e recibos, relatório de prestação de serviços que inclua a rota e o meio de transporte escolhido.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

REPATRIAÇÃO MÉDICA

1. OBJETIVO

A cobertura de Repatriação Médica garante ao Segurado o pagamento ou o reembolso das despesas com a repatriação do segurado, caso ocorra um Acidente Pessoal ou doença súbita que o impossibilite prosseguir a Viagem Segurada, desde que a equipe médica que o estiver atendendo durante a Viagem Segurada, e a equipe médica da seguradora, detectem a necessidade de remoção do segurado para um hospital em seu município de residência para a continuação do tratamento, observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. As despesas com esta cobertura estão limitadas ao valor do capital segurado contratado para esta garantia.

1.2. A repatriação deverá ser realizada pela rota mais direta possível e pelo meio mais compatível com o estado de saúde do segurado.

1.3. A continuidade do tratamento, após a repatriação médica, correrá por conta do segurado.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado



Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais.

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Repatriação Médica são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência do acidente ou do documento que comprove a doença súbita.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Relatório e laudo médicos detalhados, datados, comprovando as lesões ou doença e a necessidade de repatriação médica, contendo nome do paciente e do médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da lesão;
 - Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente, se o caso;
 - Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH);
 - Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, raio-X, exames laboratoriais;
 - Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
 - Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;
 - Comprovante de despesas incorridas com repatriação: notas fiscais e recibos, relatório de prestação de serviços que inclua a rota e o meio de transporte escolhido.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

REPATRIAÇÃO FUNERÁRIA

1. OBJETIVO

A cobertura de Repatriação Funerária garante ao Beneficiário o pagamento ou o reembolso do traslado do cadáver até o local de sepultamento bem como o fornecimento de ataúde comum ou urna funerária, incluindo todo o processo burocrático para liberação de corpo, passagem aérea e embalsamamento, em caso de morte do segurado decorrente de acidente coberto ou doença súbita ocorrida durante a Viagem Segurada, até o limite do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta cobertura, observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta garantia é a pessoa física ou jurídica previamente designada pelo próprio Segurado, Principal ou Dependente, observadas as demais disposições do item 23 - CLÁUSULA BENEFICIÁRIA das Condições Gerais.

2.1. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais.

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Repatriação Funerária são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.



5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência do acidente ou do documento que comprove a doença súbita.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Certidão de atestado de óbito do segurado;
- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente, se o caso;
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH);
- Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizado, em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não declarada na certidão de óbito;
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Termo de reconhecimento do cadáver, se necessário;
- Comprovante de despesas incorridas com traslado do cadáver, ataúde ou urna funerária, processo para liberação de corpo, passagem aérea, embalsamento, notas fiscais, recibos, relatório de prestação de serviços;
- Certidão de Casamento ou escritura pública de união estável, atualizada com averbação de Óbito do segurado.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL PRORROGAÇÃO DE ESTADIA

1. OBJETIVO

A cobertura de Prorrogação de Estadia garante ao Segurado o pagamento ou o reembolso das diárias de hotel para o Segurado, até o limite máximo de 10 (dez) dias, limitado ao valor do capital contratado e definido no certificado individual para esta garantia, caso as equipes médicas do local onde o Segurado estiver e a indicada pela Seguradora determinem a necessidade de prolongar o período de estadia do segurado, devido a Acidente Pessoal coberto ou doença de caráter súbito ocorridos durante a Viagem Segurada, observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais.

3. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Prorrogação de Estadia são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.



4. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência da despesa devidamente comprovada.

5. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Relatório e laudo médicos detalhados, datados, comprovando a doença ou lesão e a necessidade de prolongação da estadia contendo nome, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da lesão ou doença;
- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente, se o caso;
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH);
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, raio-X, exames laboratoriais;
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;
- Laudo de exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados (cópia autenticada);
- Comprovante de despesas incorridas com estadia: recibos e relatório de prestação de serviços.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

HOSPEDAGEM DE ACOMPANHANTE

1. OBJETIVO

A cobertura de Hospedagem de Acompanhante garante ao Segurado o pagamento ou o reembolso dos custos de diária de hotel para hospedagem do acompanhante em caso de hospitalização prolongada do segurado em Viagem Segurada, conforme o disposto na Condição Especial da Garantia de Acompanhante em Caso de Hospitalização Prolongada destas condições, limitado ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, até o máximo de 10 (dez) dias, desde que previamente solicitado através da central de atendimento do seguro, observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais.



4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Hospedagem de Acompanhante são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência da despesa devidamente comprovada.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Relatório e laudo médicos detalhados, datados, comprovando a doença ou lesão e a necessidade de acompanhante, contendo nome do paciente e médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da lesão ou doença, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde);
 - Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente, se o caso;
 - Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH);
 - Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
 - Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, raio-x, exames laboratoriais;
 - Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;
 - Laudo de exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados;
 - Comprovante de despesas incorridas com hospedagem do acompanhante, notas fiscais e recibos.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

ACOMPANHANTE EM CASO DE HOSPITALIZAÇÃO PROLONGADA

1. OBJETIVO

A cobertura de Acompanhante em Caso de Hospitalização Prolongada garante ao Segurado o fornecimento de um bilhete de passagem aérea de ida e de volta, classe econômica, a uma pessoa indicada pelo segurado, em caso de Acidente Pessoal coberto ou doença de caráter súbito ocorridos com o Segurado durante a Viagem Segurada, quando este estiver viajando sozinho e os médicos do serviço de assistência considerarem necessária a sua hospitalização por período superior a 48 (quarenta e oito) horas, desde que previamente solicitado através da central de atendimento do seguro, observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. Caso o segurado não possa indicar um acompanhante, considerar-se-á aquele indicado por ele em seu certificado para avisos em casos de emergência. Na ausência deste, o cônjuge ou qualquer parente de primeiro grau, maior de idade.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.



3. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais.

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Acompanhante em Caso de Hospitalização Prolongada são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência do acidente ou do documento que comprove a doença súbita.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, quando o bilhete não for fornecido pela Seguradora, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Comprovante da aquisição de passagem aérea de ida e de volta do acompanhante, classe econômica,
- Relatório e laudo médicos detalhados, datados, comprovando a doença ou lesão cobertos e a necessidade de acompanhante, contendo nome, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da lesão ou doença;
- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente, se o caso;
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, raio-x, exames laboratoriais;
- • Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;
- Laudo de exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

RETORNO DO SEGURADO

1. OBJETIVO

A cobertura de Retorno do Segurado garante ao Segurado o fornecimento de um bilhete de passagem aérea, classe econômica, para o retorno do segurado ao país de residência, caso o segurado fique impedido de concluir a Viagem Segurada, devido a doença, acidente ou falecimento de seu companheiro de viagem, membro da sua família ou membro da família do seu companheiro de viagem, ou devido a doença ou acidente do próprio Segurado, ou, ainda, caso a equipe médica do local onde o Segurado estiver e a equipe médica indicada pela Seguradora determinem a necessidade de prolongar o período de estadia do segurado, devido a Acidente Pessoal coberto ou doença de caráter súbito ocorridos durante a Viagem Segurada.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.



3. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais.

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Retorno do Segurado são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência da despesa devidamente comprovada.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, quando o bilhete não for fornecido pela Seguradora, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- comprovante original da aquisição do bilhete de passagem aérea de volta, classe econômica.
 - laudo médico completo ou atestado de óbito;
 - contrato de prestação de serviços dos organizadores da viagem, conforme determinação da EMBRATUR;
 - em caso de cancelamento da viagem por causa de acompanhante de viagem do segurado ou de membro da família, serão exigidos documentos que comprovem a vinculação.
-
- Comprovante da aquisição de passagem aérea de volta do segurado, em classe econômica: notas fiscais, recibos, contratos de prestação de serviços;
 - Relatório e laudo médicos detalhados, datados, comprovando a doença ou lesão cobertos e a necessidade de retorno do segurado em data diversa da inicialmente programada, contendo nome, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da lesão ou doença. Alternativamente, apresentar certidão de óbito e Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão com competência similar, em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não declarada na certidão de óbito;
 - Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente, se o caso;
 - Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH);
 - Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
 - Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, raio-X, exames laboratoriais;
 - Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;
 - Com relação ao cancelamento em virtude de acompanhante de viagem, apresentar comprovação de parentesco, como certidão de nascimento, RG e certidão de casamento.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

RETORNO EM CLASSE EXECUTIVA

1. OBJETIVO

A cobertura de Retorno em Classe Executiva garante ao Segurado o fornecimento de um bilhete de passagem aérea, classe executiva ou primeira classe, de acordo com a opção contratada, para o retorno do segurado ao país de residência, caso o segurado seja internado para tratamento médico fora de seu país de origem por mais de 1 dia (24 horas), em razão de um Acidente Pessoal ou doença súbita que o tenha impossibilitado de prosseguir a Viagem Segurada, observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. O cônjuge ou o companheiro de viagem também receberá um bilhete de passagem aérea, no mesmo voo e classe, para acompanhar o segurado no retorno ao seu país de origem.

1.2. Quando o Segurado estiver viajando sozinho, esta cobertura também garante o fornecimento de um bilhete de passagem aérea de ida e volta, sendo a ida em classe econômica e o retorno no mesmo voo e classe do Segurado, para uma pessoa indicada pelo Segurado acompanhá-lo no retorno ao seu país de origem, durante uma remoção médica de emergência.

1.3. Esta garantia exclui as coberturas oferecidas e eventuais benefícios ou valores pagos pelas garantias Remoção Médica, Repatriação Médica e Acompanhante em Caso de Hospitalização Prolongada.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.



2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais.

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Retorno em Classe Executiva são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência da despesa devidamente comprovada.



6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, quando o bilhete não for fornecido pela Seguradora, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- laudo médico atestando a ocorrência do evento coberto; e
- comprovante original da aquisição do bilhete de passagem aérea.
- Comprovante da aquisição de passagem aérea de volta do segurado e de cônjuge/companheiro, em classe executiva ou primeira classe. Se viajando sozinho, apresentar comprovante da aquisição de passagem aérea de ida (classe econômica) e volta (na mesma classe do segurado) de acompanhante em remoção médica de emergência;
- Relatório e laudo médicos detalhados, datados, comprovando a doença ou lesão cobertos e a necessidade de tratamento do segurado, contendo nome do paciente e do médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da lesão ou doença, se aplicável;
- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente, se o caso;
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH);
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, raio-X, exames laboratoriais;
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;
- Apresentar comprovação de parentesco, como certidão de nascimento, RG e certidão de casamento.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

RETORNO ANTECIPADO POR SINISTRO RESIDENCIAL

1. OBJETIVO

A cobertura de Retorno Antecipado por Sinistro Residencial garante ao Segurado o fornecimento de um bilhete de passagem aérea, classe econômica, para o retorno do segurado ao país de residência, em caso de sinistro residencial (incêndio, desmoronamento ou roubo com danos e violência) no domicílio real e permanente do segurado, devidamente comprovado, ocorrido durante a Viagem Segurada, e quando não houver nenhuma pessoa que possa cuidar deste assunto pelo Segurado.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais.

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Retorno Antecipado por Sinistro Residencial são elegíveis todas as pessoas físicas, proponentes do seguro como Segurado Principal, que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO



Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência da despesa devidamente comprovada.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, quando o bilhete não for fornecido pela Seguradora, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Comprovante da aquisição de passagem aérea de volta do segurado, em classe econômica,
- Boletim de Certidão de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente, se o caso;
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

RETORNO DE ACOMPANHANTES

1. OBJETIVO

A cobertura de Retorno de Acompanhantes garante ao Segurado o fornecimento de bilhetes de passagem aérea, classe econômica, para o retorno do(s) acompanhante(s) do segurado ao país de residência, quando o segurado, em Viagem Segurada, estiver viajando acompanhado e tiver de ser removido de volta ao país de residência, caso não seja possível a seu(s) acompanhante(s) retornar(em) pelo meio inicialmente previsto, e desde que previamente solicitado através da central de atendimento do seguro.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais.

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Retorno de Acompanhantes são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.



5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência da despesa devidamente comprovada.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, quando o bilhete não for fornecido pela Seguradora, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Comprovante da aquisição de passagem aérea de volta do segurado, em classe econômica;
- Relatório e laudo médicos detalhados, datados, comprovando a doença ou lesão cobertos e a necessidade de retorno do segurado em data diversa da inicialmente programada, contendo nome do paciente e do médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da lesão ou doença, se aplicável. Alternativamente, apresentar certidão de óbito e Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar, em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não declarada na certidão de óbito;
- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente, se o caso;
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH);
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, raio-X, exames laboratoriais, se o caso;
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado, se o caso.
- Comprovação de parentesco ou de que a pessoa figurava como acompanhante, como certidão de nascimento, RG, certidão de casamento, ou outra prova documental.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

RETORNO DE MENORES

1. OBJETIVO

A cobertura de Retorno de Menores garante ao Segurado o fornecimento de um bilhete de passagem aérea de ida e volta, classe econômica, para que uma pessoa adulta, designada pela família do segurado, possa acompanhar de volta ao país de residência o(s) menor(es) que venha(m) a ficar desacompanhado(s), caso ocorra um Acidente Pessoal coberto ou doença súbita do Segurado que estiver acompanhando menor(es) de 14 (quatorze) anos em Viagem Segurada, desde que previamente solicitado através da central de atendimento do seguro.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais.

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Retorno de Menores são elegíveis todas as pessoas físicas, proponentes do seguro como Segurado Principal, que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência da despesa devidamente comprovada.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, quando o bilhete não for fornecido pela Seguradora, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Comprovante da aquisição de passagem aérea de ida e volta do acompanhante do menor, em classe econômica, contratos de prestação de serviços;
- Relatório e laudo médicos detalhados, datados, comprovando a doença ou lesão cobertos e a necessidade de retorno do menor em data diversa da inicialmente programada, contendo nome do paciente e do médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da lesão ou doença, se aplicável. Alternativamente, apresentar certidão de óbito e Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML) ou similar, em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não declarada na certidão de óbito;
- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente, se o caso;
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH);
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, raio-X, exames laboratoriais, se o caso;
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado, se o caso;
- Comprovação de parentesco ou de que o menor estava sob a responsabilidade do segurado, como certidão de nascimento, RG, certidão de casamento, procuração de viagem com menores, ou outra prova documental.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

DESPESAS COM TRANSPORTE VIP

1. OBJETIVO

A cobertura de Despesas com Transporte VIP garante ao Segurado o pagamento ou reembolso das despesas com a contratação de serviços de Limusine ou outros custos com a locação de veículos e serviços de transportes prestados ao segurado, cônjuge, filhos dependentes ou companheiro de viagem para o deslocamento entre o hospital e local de estadia, ou para o deslocamento entre local de estadia, hospital e aeroporto, quando do retorno do Segurado, cônjuge, filhos dependentes ou companheiro de viagem ao seu país após a liberação do Hospital, limitadas ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e respeitadas as condições gerais e especiais do seguro.

1.1. Esta cobertura é válida apenas quando o Segurado estiver hospitalizado em local há mais de 100 quilômetros de distância de sua residência, ou fora de seu país de origem, devido a Acidente Pessoal coberto ou doença de caráter súbito ocorridos durante a Viagem Segurada.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais.



4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Despesas com Transporte VIP são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência da despesa devidamente comprovada.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Relatório e laudo médicos detalhados, datados, comprovando a doença ou lesão cobertos e a necessidade de hospitalização, contendo nome do paciente e médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da lesão ou doença, se aplicável;
- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente, se o caso;
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH);
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, raio-x, exames laboratoriais, se o caso;
- Prontuários hospitalares detalhando o endereço do local de hospitalização, bem como o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado;
- Comprovante de despesas médicas incorridas com transporte, consubstanciadas por notas fiscais, comprovantes de transferência/depósito bancário, recibos, contratos de prestação de serviço;
- Comprovação de parentesco, de que era acompanhante ou de que o menor estava sob a responsabilidade do segurado, como certidão de nascimento, RG, certidão de casamento, procuração de viagem com menores, ou outra prova documental.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

DESPESAS COM CUIDADOS INFANTIS

1. OBJETIVO

A cobertura de Despesas com Cuidados Infantis garante ao Segurado o pagamento ou o reembolso, até o valor do Capital Segurado contratado para esta garantia, das despesas com cuidados infantis de acompanhantes de viagem menores de 14 (quatorze) anos, dependentes do Segurado, em caso de hospitalização ou incapacidade do segurado em razão de um Acidente Pessoal ou doença súbita que o tenha impossibilitado de prosseguir a Viagem Segurada, desde que previamente solicitado através da central de atendimento do seguro, observadas as demais condições gerais e especiais deste seguro.

1.3. Cuidados Infantis: Conjunto de atividades desempenhado por acompanhante contratado e/ou babá para alimentação, entretenimento, orientação, suporte e supervisão dos dependentes de até 14 anos na ausência ou incapacidade dos responsáveis.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

- a) as despesas realizadas após a alta hospitalar do Segurado;**
- b) as despesas realizadas durante e após o retorno dos menores ao país de residência.**

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Despesas com Cuidados Infantis são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência da despesa devidamente comprovada.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Relatório e laudo médicos detalhados, datados, comprovando a doença ou lesão cobertos e a hospitalização ou incapacidade do segurado, contendo nome do paciente e médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da lesão ou doença, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), se aplicável;
- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente, se o caso (cópia autenticada);
- Caso se trate de acidente de trânsito com o Segurado como condutor, Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (CNH);
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver (cópia autenticada);
- Exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, raio-x, exames laboratoriais, se o caso;
- Prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado, se o caso
- Comprovação de parentesco ou de que o menor estava sob a responsabilidade do segurado, como certidão de nascimento, RG, certidão de casamento, procuração de viagem com menores, ou outra prova documental;
- Comprovante das despesas com cuidados infantis, notas fiscais, boletos, contratos de prestação de serviços;



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

CANCELAMENTO DE VIAGEM

1. OBJETIVO

A cobertura de Cancelamento de Viagem garante o reembolso ao Segurado das perdas irre recuperáveis com depósitos e/ou despesas pagas por antecipação em referência a sua viagem, até o limite do capital segurado contratado para esta garantia, caso o segurado seja impedido de iniciar a Viagem Segurada como consequência única e exclusivamente de:

Morte, acidente pessoal ou enfermidade grave do segurado que impossibilite o início de sua viagem;

Morte ou internação hospitalar em decorrência de acidente pessoal ou enfermidade declarada de forma repentina e de maneira aguda do cônjuge, pais, irmãos ou filhos do segurado; A enumeração é taxativa e não enumerativa;

Recebimento de notificação em juízo improrrogável para o segurado comparecer perante a Justiça, desde que o recebimento da referida notificação seja posterior à contratação da viagem e/ou serviços turísticos;

Declaração de uma autoridade sanitária competente deixando o segurado em quarentena, desde que a declaração seja posterior à contratação da viagem e/ou serviços turísticos.

1.1. A seguradora se reserva o direito de efetuar perícia médica comprobatória.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.



2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

a) cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de Acidente Pessoal coberto ocorrido no período de cobertura do Seguro;

tratamento estético e para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgias e períodos de convalescença a ele relacionados;

hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal;

hospitalizações quando o paciente não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

doenças crônicas e/ou preexistentes à contratação do seguro não declaradas no Cartão-Proposta, quando este é exigido, de conhecimento do Segurado, assim como o agravamento, consequências e sequelas;

Quarenta em massa, quarentena regional, auto quarentena e qualquer outro tipo de quarenta que não implique a exigência específica de uma pessoa segurada ser separada e restringir o movimento devido à exposição e diagnóstico positivo de doença infecciosa grave emitida pela autoridade de saúde competente.

Também estão excluídas da cobertura desta garantia as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:



Instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital;

Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;

Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas;

Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de método curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.

3. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Cancelamento de Viagem são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

4. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência da despesa devidamente comprovada.

5. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Relatório e laudo médicos datados comprovando a necessidade de cancelamento da viagem por uma das hipóteses cobertas, contendo nome do paciente e do médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico



(ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão e atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) ; ou Certidão de óbito ou notificação judicial ou, ainda, declaração de uma autoridade sanitária competente deixando o segurado em quarentena, conforme aplicável.

- Comprovantes de depósitos, despesas e/ou multas retidas;
- Contrato de prestação de serviços dos organizadores da viagem, que devem prever as multas, conforme determinação da EMBRATUR.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

INTERRUPÇÃO DE VIAGEM

1. OBJETIVO

A cobertura de Interrupção de Viagem garante o reembolso ao Segurado das perdas irre recuperáveis com depósitos e/ou despesas pagas por antecipação em referência a sua viagem, até o limite do capital segurado contratado para esta garantia, caso o segurado seja obrigado a cancelar a Viagem Segurada, já iniciada, como consequência única e exclusivamente de:

Morte, acidente pessoal ou enfermidade grave do segurado que impossibilite o prosseguimento de sua viagem;

Morte ou internação hospitalar em decorrência de acidente pessoal ou enfermidade declarada de forma repentina e de maneira aguda do cônjuge, pais, irmãos ou filhos do segurado; A enumeração é taxativa e não enumerativa;

Recebimento de notificação em juízo improrrogável para o segurado comparecer perante a Justiça, desde que o recebimento da referida notificação seja posterior à contratação da viagem e/ou serviços turísticos;

Declaração de uma autoridade sanitária competente deixando o segurado em quarentena, desde que a declaração seja posterior à contratação da viagem e/ou serviços turísticos.

1.1. Quando contratada a cobertura de Retorno Antecipado por Sinistro Residencial, o segurado terá direito ao reembolso da perda de depósitos e/ou despesas pagas por antecipação em referência a sua viagem, até o limite do capital segurado contratado para Interrupção de Viagem, caso o segurado fique impedido de concluir a Viagem Segurada devido a sinistro residencial (incêndio, desmora namento ou roubo com danos e violência) no domicílio real e permanente do segurado.

1.2. A seguradora se reserva o direito de efetuar perícia médica comprobatória.



2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

- a) cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de Acidente Pessoal coberto ocorrido no período de cobertura do Seguro;**
- b) tratamento estético e para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgias e períodos de convalescença a ele relacionados;**
- c) hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal;**
- d) hospitalizações quando o paciente não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;**

- e) **doenças crônicas e/ou preexistentes à contratação do seguro não declaradas no Cartão-Proposta, quando este é exigido, de conhecimento do Segurado, assim como o agravamento, consequências e sequelas.**
- f) **Quarenta em massa, quarentena regional, auto-quarentena e qualquer outro tipo de quarenta que não implique a exigência específica de uma pessoa segurada ser separada e restringir o movimento devido à exposição e diagnóstico positivo de doença infecciosa grave emitida pela autoridade de saúde competente.**
- g) **Também estão excluídas da cobertura desta garantia as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:**
 - i. **Instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital;**
 - ii. **Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;**
 - iii. **Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas;**
 - iv. **Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de método curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.**

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Interrupção de Viagem são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.



5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência da despesa devidamente comprovada.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Relatório e laudo médicos datados comprovando a necessidade de interrupção da viagem por uma das hipóteses cobertas, contendo nome do paciente e do médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão e atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) ou Certidão de óbito ou notificação judicial ou, ainda, declaração de uma autoridade sanitária competente deixando o segurado em quarentena, conforme aplicável;
- Se a causa da interrupção está relacionada a sinistro residencial, apresentar também (i) Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente e (ii) Laudo Pericial do local do acidente, se houver (cópia autenticada);
- Com relação à interrupção de viagem em virtude de morte ou estado de saúde de cônjuge ou parente, apresentar comprovação de parentesco, como certidão de nascimento, RG e certidão de casamento;
- Comprovantes de pagamentos antecipados com depósitos e/ou despesas relacionadas à viagem, bem como de multas eventualmente devidas por cancelamento/interrupção, como contratos de prestação de serviços, notas fiscais, comprovantes de depósito/transferência bancária;
- Se organizada por terceiros, contrato de prestação de serviços dos organizadores da viagem, que devem prever as multas, conforme determinação da EMBRATUR.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

ATRASSO DE VOO

1. OBJETIVO

A cobertura de Atraso de Voo garante o reembolso ao Segurado de despesas com hospedagem e alimentação incorridas por atraso de voo, e das despesas causadas pela perda de conexão ou interrupção das viagens normais, até o limite do capital segurado contratado para esta garantia, caso o voo do segurado, em Viagem Segurada, sofra atraso de 6 (seis) horas ou mais, devido a:

- a) qualquer condição climática severa que atrase a chegada ou partida programada de um voo;
- b) qualquer questão trabalhista que interfira na partida ou na chegada de um voo;
- c) qualquer quebra súbita, não prevista, na aeronave de empresa aérea regular.

1.1. A indenização será limitada ao pagamento de despesas com alimentação e hospedagem que não tenham sido pagas pela companhia aérea regular, enquanto durar o atraso.

1.2. Esta cobertura refere-se exclusivamente a voos regulares de Companhias Aéreas, não sendo abrangidos, desta forma, os voos fretados.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.



3. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais.

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Atraso de Voo são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência da despesa devidamente comprovada.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Comprovantes de despesas com alimentação e hospedagem, substanciadas por notas fiscais, recibos e contratos de prestação de serviços,
- Declaração da companhia aérea confirmando o atraso de embarque.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

PERDA DE CONEXÃO AÉREA

1. OBJETIVO

A cobertura de Perda de Conexão Aérea garante o reembolso ao Segurado de despesas com hospedagem e alimentação incorridas pela perda de conexão aérea, em Viagem Segurada, até o limite do capital segurado contratado para esta garantia, quando, devido a circunstâncias imprevistas, o Segurado perde sua conexão e é incapaz de chegar a seu destino final no tempo inicialmente previsto.

1.1. Para fins desta cobertura, entende-se por circunstâncias imprevistas as situações casuais e independentes da vontade do segurado.

1.2. A indenização será limitada ao pagamento de despesas com alimentação e hospedagem que não tenham sido pagas pela companhia aérea regular, enquanto durar o atraso.

1.3. Esta cobertura refere-se exclusivamente a voos regulares de Companhias Aéreas, não sendo abrangidos, desta forma, os voos fretados.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.



3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

- a) Prejuízos decorrentes de qualquer compromisso de negócios, obrigação financeira ou contratual, incluindo os de qualquer companheiro de viagem, cônjuge ou filhos se cobertos por esta apólice;**
- b) Prejuízos decorrentes do cancelamento de viagens ou passeios devido a uma insuficiência no número de pessoas;**
- c) Os eventos cobertos pela garantia Atraso de Voo:**
- d) qualquer condição climática severa que atrase a chegada ou partida programada de um voo;**
- e) qualquer questão trabalhista que interfira na partida ou na chegada de um voo;**
- f) qualquer quebra súbita, não prevista, na aeronave de empresa aérea regular.**

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Perda de Conexão Aérea são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.



5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência da despesa devidamente comprovada.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Comprovante de despesas incorridas com alimentação, hospedagem e compra de passagens incorridas durante o período da perda de conexão: recibos, relatório de prestação de serviços, contratos de prestação de serviços;
- Declaração da companhia aérea referente à perda do voo de conexão.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

PERDA OU ROUBO DE BAGAGEM

1. OBJETIVO

A cobertura de Perda ou Roubo de Bagagem garante ao Segurado o pagamento de indenização suplementar a já paga pela companhia transportadora em caso de extravio, roubo, furto, destruição do volume total da bagagem durante a Viagem Segurada, desde que sob a responsabilidade da companhia transportadora e comprovado através da apresentação do relatório comprobatório de perda (PIR - Property Irregularity Report), calculada exclusivamente pelo peso da bagagem, não importando, sob qualquer alegação, seu conteúdo, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, e observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.



3. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais.

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Perda ou Roubo de Bagagem são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da notificação à companhia transportadora, constante do informe de irregularidade, preenchido antes do Segurado deixar o local de desembarque.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Tíquete de bagagem;
- Relatório comprobatório de perda ou dano emitido pela companhia transportadora responsável (PIR - Property Irregularity Report);
- Recibo de indenização emitido pela companhia aérea transportadora;
- Relação de todos os itens contidos na bagagem com seus respectivos valores.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

ATRASSO DE BAGAGEM

1. OBJETIVO

A cobertura de Atraso de Bagagem garante ao Segurado o reembolso de despesas com compras de artigos de uso pessoal, em razão de ao atraso ocasionado à(s) bagagem(ns) do segurado, desde que sob responsabilidade da companhia transportadora, devidamente comprovado através da apresentação do relatório comprobatório de dano (PIR - Property Irregularity Report). A seguradora indenizará o segurado quando a bagagem não tiver chegado até 12 (doze) horas depois do horário de chegada do segurado ao destino demonstrado em seu bilhete aéreo, desde que não seja o seu local de residência, até o limite do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. A indenização limita-se ao pagamento de despesas com a compra de artigos básicos de vestuário e de higiene pessoal que não tenha sido pagas pela companhia aérea regular, enquanto durar o atraso.

1.2. Esta cobertura refere-se exclusivamente a voos regulares de cias. Aéreas não sendo abrangidos, desta forma, os voos fretados.

1.3. Este benefício é válido somente durante o trajeto da viagem segurada e desde que comprovado através da apresentação do relatório comprobatório de perda (PIR – Property Irregularity Report).

3. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

1.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

1.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.



4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

- a) Se ocorrer confisco da bagagem ou apreensão por parte da Alfândega ou outra autoridade governamental;**
- b) Quando o segurado atuar como operador ou membro da tripulação no meio de transporte que deu origem ao evento;**
- c) Se o segurado não notificar a companhia transportadora, através do preenchimento do informe de irregularidade, antes de deixar o local de desembarque;**
- d) Se o segurado não tomar as medidas necessárias para salvaguardar ou recuperar a bagagem perdida.**

5. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Atraso de Bagagem são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

6. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da notificação à companhia transportadora, constante do informe de irregularidade, preenchido antes do Segurado deixar o local de desembarque.

7. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO



Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- No Formulário de Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, deve ser indicado se a transportadora pagou alguma despesa referente ao atraso de bagagem;
- Tíquete de bagagem (original);
- Relatório comprobatório de perda ou dano emitido pela companhia transportadora responsável (PIR - Property Irregularity Report);
- Comprovação de despesas incorridas com artigos básicos;
- de vestuário e de higiene pessoal que não tenha sido pagas pela companhia transportadora, enquanto durar o atraso, como notas fiscais e recibos;
- Recibo de indenização emitido pela companhia transportadora, se o caso.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

DANOS À MALA

1. OBJETIVO

A cobertura de Danos a Mala garante ao Segurado o pagamento de indenização relativa aos danos ocasionados à(s) mala(s) do segurado durante a Viagem Segurada, desde que sob responsabilidade da companhia transportadora e devidamente comprovado através da apresentação do relatório comprobatório de dano (PIR - Property Irregularity Report). A seguradora indenizará o segurado pelo custo de reposição ou reparo das malas danificadas até o limite do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia, observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. A seguradora solicitará ao passageiro a apresentação de um orçamento de reparos ou cotação de compra de outra mala, em caso de reembolso do valor referente ao reparo ou aquisição de nova mala.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

a) os danos causados ao conteúdo da mala.



4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Danos a Mala são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da notificação à companhia transportadora, constante do informe de irregularidade, preenchido antes do Segurado deixar o local de desembarque.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Relatório comprobatório de perda ou dano (PIR – Property Irregularity Report) referente à bagagem emitido pela companhia transportadora responsável;
- Orçamento de reparos ou Recibo / Nota fiscal de reparo da mala. Caso não seja possível o reparo da mala, encaminhar a Nota fiscal de compra ou pesquisa de preço de uma mala igual ou semelhante;
- Tíquete de bagagem;
- Relatório comprobatório de perda ou dano emitido pela companhia transportadora responsável (PIR - Property Irregularity Report), que deve atestar o peso da bagagem;
- Recibo de indenização emitido pela companhia transportadora, se o caso.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

DESPESAS COM HOSPEDAGEM DE “PET”

(“PET”: Animal de estimação: cão ou gato)

1. OBJETIVO

A cobertura de Despesas com Hospedagem de “Pet” garante ao Segurado o reembolso de despesas adicionais com o embarque extra do animal de estimação (cão ou gato) ou com alojamentos temporários (“hotel” para animais de estimação), caso o retorno do Segurado para seu domicílio seja adiado em razão de uma lesão ou doença durante a Viagem Segurada, até o limite do Capital Segurado contratado para esta garantia, observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. Esta cobertura é válida apenas no caso de lesão ou doença do segurado cobertos por esta apólice.

1.2. A cobertura é válida apenas para Cães ou Gatos de estimação do segurado.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:



- a) se o gato ou o cão não estavam em um gatil ou canil no início do período da viagem.
- b) qualquer reclamação resultante de uma viagem feita exclusivamente dentro do país do Segurado Principal.

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Despesas com Hospedagem de “Pet” são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência da despesa devidamente comprovada.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, quando o bilhete não for fornecido pela Seguradora, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Comprovação do adiamento do retorno do segurado, i.e., do novo bilhete de passagem de volta;
- Relatório e laudo médicos detalhados, datados, comprovando a doença ou lesão coberta e o adiamento do retorno do segurado a seu domicílio, contendo nome do paciente e médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da lesão ou doença, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), ou, alternativamente, certificado de óbito do segurado;
- Se acidente, (i) Boletim de Certidão de Ocorrência policial (B.O.) da autoridade local, (ii) Laudo Pericial do local do acidente, se houver, e (iii) Laudo de exame de corpo de delito emitido por órgão oficial do país correspondente e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados (cópia



autenticada). Em caso de morte, apresentar também Laudo de Necropsia;

- Documentação comprovando a estadia do cão ou gato em canil ou gatil, respectivamente, no início do período da viagem;
- Documentação comprovando valores incorridos com alojamento temporário para o pet ou embarque extra do animal decorrentes do adiamento do retorno do segurado a seu domicílio, como contratos de prestação de serviços, notas fiscais, ou recibos comprovantes de depósito/transferência bancária;



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

DESPESAS COM EDUCAÇÃO

1. OBJETIVO

A cobertura de Despesas com Educação garante ao Segurado, ou ao seu beneficiário, o reembolso das despesas realizadas com educação de menores dependentes do Segurado até o limite do Capital Segurado, em decorrência de falecimento ou invalidez permanente total do Segurado ocorrido exclusivamente durante a Viagem Segurada, observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. Esta cobertura é válida apenas no caso de falecimento ou invalidez permanente total do Segurado decorrente de acidente ou doença súbita cobertos por esta apólice.

1.2. As despesas cobertas são aquelas realizadas em até um ano após o evento coberto.

1.3. Se não houver nenhum menor dependente do Segurado, o seguro poderá ser utilizado pelo Segurado sobrevivente para pagar as despesas com educação/ensino com a finalidade de aprender uma habilidade para retornar ou iniciar uma nova atividade profissional.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta garantia é a pessoa física ou jurídica previamente designada pelo próprio Segurado, Principal ou Dependente, observadas as demais disposições do item 23 - CLÁUSULA BENEFICIÁRIA das Condições Gerais.

2.1. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais.



4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Despesas com Educação são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência do acidente.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Relatório e laudo médicos datados comprovando invalidez permanente total decorrente de acidente ou doença cobertos, contendo nome do paciente e médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da incapacidade e indicação de percentual de Invalidez Permanente; ou certidão de óbito;
- Se acidente, (i) Boletim de Ocorrência policial (B.O.) da autoridade local, (ii) Laudo Pericial do local do acidente, se houver, e (iii) Laudo de exame de corpo de delito emitido por órgão oficial do país correspondente e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados (cópia autenticada). Em caso de morte, apresentar também Laudo de Necropsia;
- Se doença, (i) exames complementares que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, raio-x, exames laboratoriais, se o caso; e (ii) prontuários hospitalares detalhando o histórico clínico e os procedimentos realizados no segurado, se o caso;
- Comprovação de parentesco ou de que o menor era dependente do segurado, como certidão de nascimento, RG, ou outra prova documental.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

DESPESAS JURÍDICAS

1. OBJETIVO

A cobertura de Despesas Jurídicas garante ao Segurado o reembolso de honorários advocatícios, no caso do segurado sofrer qualquer tipo de acidente, em Viagem Segurada, que necessite de assistência jurídica, até o limite do capital segurado contratado desta garantia, observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais.

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Despesas Jurídicas são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.



5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência da despesa devidamente comprovada.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, quando o bilhete não for fornecido pela Seguradora, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente;
- Laudo de exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal (IML) ou órgão local com competência similar e exames toxicológicos/alcoólicos, se realizados;
- Comprovante de despesas com honorários legais incorridas com advogado em decorrência de acidente coberto, contendo a identificação do profissional para exercício da profissão: contrato de prestação de serviços, notas fiscais e recibo.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

FIANÇA E DESPESAS LEGAIS

1. OBJETIVO

A cobertura de Fiança e Despesas Legais garante ao Segurado o reembolso das despesas incorridas, bem como custos de fiança, devido à ordem de prisão ou detenção indevida do segurado, em Viagem Segurada, por parte de qualquer Governo ou poder estrangeiro, até o limite do Capital Segurado contratado para esta garantia, observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado.

2.1. No caso de Segurado Dependente cônjuge, companheira(o) ou filho maior de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário do seguro será o próprio Segurado Dependente.

2.2. No caso de Segurado Dependente filho menor de 18 (dezoito) anos, quando contratada a cláusula suplementar de inclusão, o beneficiário é o Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais.



4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Fiança e Despesas Legais são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência da despesa devidamente comprovada.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, quando o bilhete não for fornecido pela Seguradora, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Boletim de Ocorrência (B.O.) da autoridade local competente, comprovando a prisão ou detenção indevida;
- Comprovantes originais do pagamento de fiança ou de custas processuais: boletos e comprovantes de depósito/transferência bancária e recibos.



Condição Especial

GARANTIA ADICIONAL

CONTA PROTEGIDA

1. OBJETIVO

A cobertura de Conta Protegida garante ao Segurado, ou ao seu beneficiário, o pagamento ou reembolso das despesas recorrentes realizadas com o uso de seu(s) cartão(ões) de crédito em data anterior ao Acidente coberto ou à doença súbita do Segurado, ocorridas em Viagem Segurada, que resultarem em falecimento ou Invalidez Permanente Total do Segurado, limitado ao valor mensal e quantidade de meses estabelecidos como Capital Segurado de cada cartão segurado, observadas as condições gerais e especiais deste seguro.

1.1. Esta cobertura é válida apenas no caso de falecimento ou Invalidez Permanente Total do Segurado decorrente de acidente ou doença súbita cobertos por esta apólice.

1.2. Limite de Cobertura: Se um Segurado tiver mais de um cartão elegível a cobertura, o valor agregado máximo a ser indenizado não excederá a cinco (5) vezes o capital segurado de cada um, se o capital segurado for uniforme, ou a soma do capital segurado de cinco (5) cartões.

1.3. Despesas recorrentes significa: despesas lançadas no cartão de crédito coberto, cujo contratação do débito seja anterior ao evento coberto para os seguintes serviços: telefone celular, telefone, internet, serviços de fornecimento de gás, de água ou de eletricidade, ou televisão por assinatura, que se repetem mensalmente.

1.4. O Capital Segurado total da garantia corresponde ao valor mensal multiplicado pelo número de meses segurados. Não haverá, no entanto, compensação ou transferências de capitais excedentes e não utilizados de um mês para outro.



2. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será o próprio Segurado Principal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 21 - PERDA DE DIREITOS À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

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

4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Conta Protegida são elegíveis todas as pessoas físicas, proponentes do seguro como Segurado Principal, que sejam portadoras dos cartões de crédito informado no momento da contratação, e que tenham idade compreendida no intervalo de faixa etária definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data da ocorrência do acidente ou do documento que comprove a doença súbita.

6. ELEMENTOS E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA O AVISO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro e reembolso de despesas, quando o bilhete não for fornecido pela Seguradora, além dos documentos listados no item 16 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- Relatório e laudo médicos datados comprovando invalidez permanente total decorrente de acidente ou doença cobertos, contendo nome do paciente e médico, CRM (ou similar), carimbo e assinatura física do médico (ou, alternativamente, com assinatura digital certificada), bem como diagnóstico, descrição da doença ou lesão, atribuição de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), data de início da incapacidade e indicação de percentual de Invalidez Permanente; ou certidão de óbito;
- Boletim de Ocorrência (B.O.) emitido pela autoridade competente local, comprovando a ocorrência do acidente ou da doença súbita cobertos;
- Exames complementares e prova documental que comprovem a doença ou lesão, como ressonâncias, tomografias, radiografias, exames laboratoriais, eletroneuromiografias, fotografias;
- Em caso de falecimento, apresentar Laudo de Necrópsia;
- Faturas dos cartões e comprovantes de pagamento da fatura do(s) cartão(ões) de crédito.

Condição Especial

CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

Pela presente Cláusula fica entendido e concordado que, após o término de vigência anual da apólice e depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, a Seguradora procederá à distribuição de excedentes técnicos desta apólice, de acordo com as condições a seguir:

1. Os excedentes técnicos serão pagos na forma estabelecida no Contrato de Seguro.
2. Para efeito de apuração dos resultados técnicos, consideram-se:
 - 2.1. Como receita:
 - a) prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos; e
 - b) estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
 - 2.2. Como despesas:
 - a) comissões de corretagem pagas durante o período;
 - b) comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
 - c) comissões de agenciamento pagas durante o período;
 - d) valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
 - e) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e
 - f) despesas efetivas de administração, acordadas com o estipulante.
3. As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente desde:
 - a) o respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
 - b) o aviso à Seguradora, para os sinistros;
 - c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e



4. as datas em que incorreram, para as despesas de administração. O valor do resultado técnico apurado será atualizado monetariamente desde o término do período de apuração determinado no contrato até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no contrato, observado o disposto do subitem 4.1;

4.1. Nos seguros parcial ou totalmente contributário, o excedente técnico a ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado, podendo ainda ser revertido integralmente em benefícios ao grupo segurado, conforme definido no Contrato de Seguro e Certificados.



Cláusula Suplementar de Inclusão Facultativa de Dependentes

1. OBJETIVO

Garantir ao Segurado titular ou Segurado dependente, o pagamento de uma indenização em caso de ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas para os *Segurados* Dependentes, ocorrido durante a Viagem Segurada, exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nas Condições Gerais que regem este seguro.

Esta Cláusula Suplementar deve ser contratada expressamente pelo *Segurado Titular*, que deverá indicar o cônjuge ou companheiro(a) que será coberto pelo seguro.

2. INCLUSÃO

Para fins deste seguro e desde que contratada esta cláusula, será incluído, na qualidade de *Segurados* dependentes, o cônjuge ou companheiro(a) e todos os filhos considerados dependentes do *Segurado* titular.

Só será incluído o cônjuge e/ou companheiro(a) do *Segurado* titular que atenda às condições de aceitação para o ingresso no seguro.

Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado *Segurado* titular para efeito desta cláusula.

3. DEFINIÇÃO DE DEPENDENTES

Equiparam-se aos cônjuges os(as) companheiros(as) dos Segurados titulares desde que comprovada a união estável entre ambos na forma da legislação em vigor aplicável à matéria.

Não estarão amparados pela cobertura concedida por esta cláusula os cônjuges ou companheiros(as) que façam parte do mesmo grupo dos Segurados titulares.



Consideram-se filhos seguráveis, para fins desta cláusula suplementar, aqueles assim considerados no Regulamento do Imposto de Renda, conforme segue:

- a) Filho(a) ou enteado(a) até 21 (vinte e um) anos ou, em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
- b) Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos;
- c) Menor pobre, até 21 (vinte e um) anos, que o contribuinte crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial.

Para efeito de comprovação da qualidade de dependente na ocasião do sinistro, será necessário apresentação da Declaração do Imposto de Renda dos últimos dois anos imediatamente anteriores ao evento, onde conste o nome do dependente envolvido no sinistro

4. CAPITAIS SEGURADOS

O capital segurado individual do *Segurado* dependente não poderá, em hipótese alguma, ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado individual do respectivo *Segurado* titular, aplicando-se a este seguro o Limite de Capital indicado no Contrato.



5. GARANTIAS DESSA CLÁUSULA

As garantias para os **Segurados** dependentes, incluído conforme esta Cláusula Suplementar, somente poderão ser contratadas se também previstas para o **Segurado** titular, e serão definidas no contrato e no Certificado Individual de Seguro.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, as garantias que cobrem o evento morte destinam-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, as quais podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

Além das garantias que cobrem o evento morte, é permitido para os menores de 14 (quatorze) anos, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.

Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, Principal e Dependente, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

6. INÍCIO DA GARANTIA

A garantia dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

- a) Na data de início do risco individual do Segurado titular, desde que elegível ao Seguro nos termos estabelecidos na presente Clausula Suplementar;
- b) Na data de inclusão desta cláusula suplementar na apólice, se ela for incluída após o início de vigência do seguro, desde que elegível ao Seguro nos termos estabelecidos na presente Clausula Suplementar.

7. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário será a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado Dependente, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

No caso de filhos menores de 18 (dezoito) anos, o beneficiário é o Segurado Principal.



COBERTURA ESPECIAL BOLSA PROTEGIDA

1. COBERTURA

Respeitado o LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI) contratado para esta garantia, a Seguradora indenizará o Segurado, durante o período de cobertura do seguro, os prejuízos referentes às perdas e danos consequentes de Roubo ou Furto Qualificado da bolsa ou mochila seguradas.

Serão elegíveis à cobertura os seguintes itens, listados abaixo, que estiverem dentro da bolsa ou mochila, objeto do roubo ou furto qualificado:

- a) Bolsa;
- b) Carteira, exceto conteúdo;
- c) Óculos de sol ou de prescrição;
- d) Cosméticos;
- e) Perfume;
- f) Telefone Celular – a contratação deste item na cobertura Bolsa Protegida será considerada opcional. Caso o item seja considerado elegível no plano contratado, o mesmo estará devidamente informado no Certificado do Seguro.

2. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Além da apresentação dos documentos necessários em caso de sinistro, descritos nas Condições Gerais, o Segurado deverá, ainda, apresentar em caso de acionamento desta cobertura:

- a) Boletim de ocorrência, descrevendo todos os itens roubados juntamente com a bolsa ou mochila;
- b) .Notas fiscais dos itens subtraídos (caso tenha) ou cotação dos itens subtraídos;
- c) Nota Fiscal do Telefone Celular, se aplicável (Telefone Celular – a contratação deste item na cobertura Bolsa Protegida será considerada opcional. Caso o item seja considerado elegível no plano contratado, o mesmo estará devidamente informado no Certificado do Seguro).
- d) Cópia das passagens ou bilhetes da viagem segurada (em caso de seguro viagem).



CONDIÇÃO ESPECIAL

RESIDÊNCIA DO TITULAR PROTEGIDA NO PERÍODO DA VIAGEM

COBERTURA BÁSICA: INCÊNDIO, RAIOS E EXPLOSÃO

11.1. Cobertura Básica

Esta cobertura é de contratação obrigatória e garante até o Limite Máximo de Indenização estipulado na apólice ou no certificado de seguro, os danos materiais causados aos bens segurados em decorrência de:

11.1.1. Incêndio de qualquer causa ou natureza onde quer que tenha se originado.

11.1.2. Queda de raio dentro da área do terreno onde estiverem localizados os bens Segurados e desde que haja vestígios inequívocos da ocorrência.

11.1.3. Explosão de qualquer aparelho ou substância, inclusive de gás normalmente empregado em aparelhos de uso doméstico, bem como qualquer explosão de origem externa;

11.1.4. Exclusões Específicas:

Além dos riscos excluídos, residências não abrangidas e bens não cobertos, não se encontram amparados pela cobertura Básica:

11.1.4.1. Quaisquer tipos de danos causados em consequência de queda de raio fora da área do terreno onde estiverem localizados os bens segurados.

11.1.4.2. Despesas com a recomposição de documentos.

12. Liquidação de Sinistros

Em caso de sinistro, o Segurado deverá entrar imediatamente em contato com a Seguradora através da Central de Atendimento, conforme número descrito na apólice ou no certificado de Seguro, fornecendo, na ocasião, as seguintes



informações:

- Nome Completo/CPF/RG/comprovante de endereço completo do titular do seguro;
- Número da apólice de seguro ou de certificado;
- Causa do sinistro (ex.: Incêndio);
- Estimativa dos prejuízos;
- Data e hora do sinistro;
- Existência de outros seguros sobre os mesmos bens segurados;
- Comprovação de preexistência do bem através de Nota Fiscal ou declaração de compra.

O Segurado deverá comunicar o fato imediatamente ao Corpo de Bombeiros (se for incêndio) e à Polícia (quando cabível).

O Segurado deverá:

a) Facultar à Seguradora a adoção de medidas policiais, judiciais e outras para a plena elucidação do fato;

b) Facultar ao segurador o acesso ao local do risco para realização de vistoria presencial no imóvel segurada, para avaliar e confirmar os dados ocasionados pelos riscos cobertos.

c) Prestar toda colaboração que lhe for solicitada, inclusive fornecendo atestados e certidões de autoridades competentes, resultados de inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o sinistro, sem prejuízo do pagamento da indenização no prazo devido, quando o sinistro estiver devidamente coberto;

d) O Segurado deverá providenciar a relação de todos os bens sinistrados, discriminando quantidades, tipo, marca modelo e valor estimado de reposição dos prejuízos.



e) Obter autorização prévia da Seguradora: antes de reparar os danos causados ao imóvel e/ou ao conteúdo; efetuar pagamentos de indenização a terceiros por conta do seguro; se desfazer dos salvados ou eliminar vestígios do sinistro.

A SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA ANÁLISE DO SINISTRO NÃO IMPLICA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.

GARANTIA ADICIONAL

ROUBO OU FURTO QUALIFICADO DE BENS

1. COBERTURA

Quando contratada, a presente cobertura garante até o Limite Máximo de Indenização constante na apólice ou no certificado de seguro os danos materiais causados por:

1.1. Roubo: conforme definição no artigo 157 do Código Penal e seus incisos, trata-se de subtração de coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência à pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência.

1.2. Furto Qualificado: conforme definição do artigo 155, parágrafo 4º, do Código Penal, trata-se de subtração de coisa móvel alheia, para si ou para outrem, com destruição ou rompimento de obstáculo à subtração da coisa, com abuso de confiança, ou mediante fraude, escalada ou destreza, com emprego de chave falsa, mediante concurso de duas ou mais pessoas.

1.3. Simples tentativa de roubo ou furto qualificado de acordo com as descrições acima que venham a danificar os bens segurados, sendo prédio ou conteúdo segurados.

2. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

O Segurado se obriga a manter em perfeito estado de funcionamento as fechaduras, os trincos, os alarmes e demais dispositivos de segurança das portas, janelas, aberturas e similares.



3. EXCLUSÕES ESPECÍFICAS

Além dos riscos excluídos, residências não abrangidas e bens não cobertos, não se encontram amparados pela cobertura de Roubo ou Furto Qualificado:

- 3.1. Desaparecimento, estelionato, apropriação indébita e extravio.**
- 3.2. Bens que estiverem em áreas livres e edificações abertas e semiabertas, varandas, terraços, no entanto, tal exclusão não se aplica a máquinas de lavar e/ou secar roupas, tanquinho e centrífugas.**
- 3.3. Extorsão de acordo com o “artigo 158 do Código Penal”, extorsão mediante sequestro e extorsão indireta, definidas conforme “artigos 159 e 160 do Código Penal”.**
- 3.4. Subtração de portas de abrigos de instalações de água, luz e gás, portas, portões, janelas, grades, antenas, câmaras de circuito interno de TV, interfones, sensores de alarme, brinquedos/equipamentos de playground, equipamentos de piscinas e medidores de água ou luz, instalados no imóvel segurado.**
- 3.5. Roubo ou furto, cometidos em razão da ocorrência de incêndio, raio, explosão, tumultos, queda de granizo, impacto de veículos, queda de aeronaves e engenhos aéreos.**
- 3.6. Subtração de fios e de cabeamentos elétricos, de telefonia e/ou de dados.**
- 3.7. Subtração de para-raios, seus cabos, acessórios e/ou componentes.**
- 3.8. Qualquer outra modalidade de Roubo ou Furto não mencionada nos itens 1.1 e 1.2 da respectiva condição especial de Roubo ou Furto Qualificado de Bens.**
- 3.9. Roubo ou Furto Qualificado a residências de Veraneio, localizadas fora de condomínio fechado sem controle de acesso 24 horas por dia/sete dias por semana.**



3.10. Bens fora do imóvel segurado especificado na apólice ou no certificado de seguro, bem como em trânsito por qualquer meio de transporte.

4. DOCUMENTAÇÃO DE SINISTROS

Além da apresentação dos documentos necessários, em caso de sinistro, descritos no item 23 das Condições Gerais, o Segurado deverá, ainda, apresentar em caso de acionamento da cobertura de Roubo ou Furto Qualificado:

- a) Documento oficial da empresa de monitoramento, confirmando o acionamento do sistema de segurança, em caso de evento coberto, quando a residência segurada dispuser deste tipo de proteção;
- b) Nota Fiscal, Manual do Fabricante e demais documentos que comprovem a existência do bem, antes da ocorrência do sinistro.

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pela presente cláusula.