



CONDIÇÃO GERAL SEGURO VIAGEM CORPORATIVO

1. APRESENTAÇÃO

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

Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às garantias aqui previstas e discriminadas na apólice e no certificado individual do seguro, desprezando-se quaisquer outras.

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

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

2. ESTRUTURA DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO

As **Condições Contratuais** deste seguro são o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, do Contrato, do Certificado e da Apólice.

Condições Gerais são as cláusulas comuns a todas as garantias e/ou modalidades desta apólice de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos do segurado, da seguradora, dos beneficiários e do estipulante.

Condições Especiais é conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro

3. GLOSSÁRIO

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nesta apólice, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.

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

a) incluem-se nesse conceito:



a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

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

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

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

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

b) excluem-se desse conceito:

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

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

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

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

APÓLICE: documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.

ATO VIOLENTO: entende-se como ato violento, para efeito deste seguro, o emprego de violência contra o segurado, com o intuito de subtrair bem encontrado em sua posse.

BAGAGEM: Será considerada bagagem, para efeito deste seguro, todo volume acondicionado em compartimento fechado, despachado, comprovadamente sob responsabilidade da companhia transportadora. Não será considerada, para efeito deste seguro, a bagagem não despachada transportada pelo segurado (bagagem de mão).

BENEFICIÁRIO: pessoa física designada para receber o valor da indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.



CAPITAL SEGURADO: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, no caso de ocorrência de sinistro.

CARÊNCIA: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

CERTIFICADO: documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

CONDIÇÃO PREEXISTENTE: a condição para a qual os sintomas sejam de conhecimento do segurado na data originalmente programada para o segurado partir em viagem e que se encontra especificada no certificado individual, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou ainda, por exames diagnósticos comprobatórios, e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.

CONTRATO: 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.

DOENÇA DE CARÁTER SÚBITO (Doença Súbita): é o evento mórbido (de causa não acidental) que primeiro se manifeste e seja contraído enquanto o certificado individual seja válido, e que requeira tratamento médico por parte de um médico, durante o período de vigência do certificado individual e não se enquadre como condição preexistente.

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

ESTIPULANTE: é a pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguro de plano coletivo, ficando investida dos poderes de representação dos segurados, nos termos da legislação e da regulamentação em vigor.

EVENTO COBERTO: é o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais.

EXECUTIVO: é o empregado designado pelo estipulante para substituir o segurado em atividades profissionais, caso o segurado fique impossibilitado de exercer estas atividades em decorrência de sinistro durante a Viagem Segurada.

FRANQUIA: é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. **A franquia é deduzida por evento.**

FRANQUIA DEDUTÍVEL: é o valor ou percentual que representa a participação obrigatória do segurado nas indenizações em cada sinistro.



FURTO QUALIFICADO: a subtração para si, ou para outrem, de coisa alheia móvel, caracterizado quando o crime é cometido:

- a) com abuso de confiança, ou mediante fraude, escalada ou destreza;
- b) com destruição ou rompimento de obstáculo à subtração da coisa;
- c) com emprego de chave falsa;
- d) mediante concurso de duas ou mais pessoas.

GARANTIAS: são as obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas condições gerais.

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

GRUPO SEGURÁVEL: é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

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

INDENIZAÇÃO: é o valor a ser pago pela seguradora ao segurado, ou a seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

MÉDICO: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Não serão aceitos como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

MEMBRO DA FAMÍLIA: serão considerados como membros da família: pai, mãe, irmãos, cônjuge, filhos e enteados do segurado.

PERDA DE DEPÓSITO: os custos das despesas de viagem não utilizados e não-reembolsáveis antecipadamente pagos ao hotel e/ou pela passagem do meio de transporte público autorizado, menos o valor do crédito aplicável da passagem de volta não utilizada, para o retorno ao lar ou par retomar os arranjos terrestres e/ou marítimos.

PLANO DE SEGURO: é o conjunto de garantias contratadas pelo estipulante para adesão do segurado.

PRÊMIO: é o valor pago à seguradora para que esta assuma os riscos cobertos pelo seguro.

PROPONENTE: o interessado em aderir ao contrato.



PROPOSTA DE ADESÃO: é o 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.

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

RISCOS EXCLUÍDOS: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano;

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

SEGURO NÃO-CONTRIBUTÁRIO: seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do estipulante.

SINISTRO: é a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência da apólice.

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, tais como táxi, veículos de aluguel, além de meios de transporte sem fiscalização, tais como embarcação.

VIAGEM SEGURADA: é o período de tempo 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, e a viagem com destino localizado em território brasileiro.

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

4. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização, reembolso ou prestação de serviço ao próprio segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **durante viagem**, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.

5. RISCOS COBERTOS

Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles definidos nas condições especiais que fazem parte integrante e inseparável deste contrato.



6. GARANTIAS DO SEGURO

6.1. Este seguro oferece as seguintes garantias:

6.1.1. Garantias Básicas:

- Morte Acidental – MA
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
- Morte Acidental decorrente de Ato Violento – MAAV
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de Ato Violento – IPA AV
- Morte Acidental Diferenciada – MATPA
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Público Autorizado – IPATPA

6.1.2. Garantias Adicionais:

- Despesas Emergenciais Médicas e Hospitalares em Viagem - DMH
- Despesas Emergenciais Odontológicas em Viagem - DMO
- Despesas Farmacêuticas - DF
- Prorrogação de estadia - PE
- Acompanhante em caso de hospitalização prolongada - AHP
- Hospedagem de acompanhante - HA
- Bagagem - BAG
- Remoção Médica - REM
- Repatriação Médica - REP
- Repatriação Funerária - RF
- Cancelamento de viagem - CV
- Interrupção da viagem – IV
- Retorno do Segurado – RS
- Retorno Antecipado por Sinistro Residencial
- Retorno de acompanhantes - RA
- Retorno de menores - RM
- Atraso de voo – AV
- Despesas Jurídicas – DJ
- Finanças e Despesas Legais – FDL
- Envio de Executivo em caso de Hospitalização do Segurado
- Atraso de Bagagem
- Danos a Mala

6.1.3. Cláusula Suplementar:

- Inclusão Facultativa de Dependentes – IFD
- 6.1.3.1 – Entende-se como Inclusão Facultativa de Dependentes, a possibilidade de adesão de dependentes através da indicação pelo segurado pelo titular, com emissão sob o mesmo certificado, independente do grau de parentesco.



6.2. Condições para contratação das garantias:

- a) As garantias dos Planos de Seguro são livremente escolhidas pelo estipulante, observados os limites estabelecidos para a contratação;
- b) O estipulante contratará a apólice coletiva para adesão dos segurados, escolhendo as garantias dos Planos de Seguro.
- c) O Grupo Segurável será constituído pelo grupo de empregados indicado pelo estipulante e, se contratadas as Cláusulas Suplementares indicadas no item 6.1.3, os respectivos cônjuge e filhos.
- d) Deverá ser contratada, **obrigatoriamente, pelo menos** uma Garantia Básica;
- e) Em nenhuma hipótese a Cláusula Suplementar do item 6.1.3 poderá ser contratada isoladamente;
- f) As garantias, quaisquer que sejam, serão concedidas para todo o grupo segurado, de acordo com o Plano de Seguro contratado;
- g) As garantias e os planos escolhidos pelo estipulante serão definidos no contrato.

6.3. GARANTIAS BÁSICAS

6.3.1. MORTE ACIDENTAL

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 e observadas as condições gerais 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.

6.3.2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

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 contratuais deste seguro.



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

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA	
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100	
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100	
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100	
	Perda total do uso de ambas as mãos	100	
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100	
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100	
	Perda total do uso de ambos os pés	100	
	Alienação mental total e incurável		
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 A IMPORTÂNCIA SEGURADA
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)	20
	Anquilose total de um dos punhos	25
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	09
	Perda total do uso da falange distal do polegar	15
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	12
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	
	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	
	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.	15
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	10
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	06
	* de 4 (quatro) centímetros	s/ indenização
* de 3 (três) centímetros		
* menos de 3 (três) centímetros:		



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.

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

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

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

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

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

6.3.3. MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE ATO VIOLENTO

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 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 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.

6.3.4. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE ATO VIOLENTO

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 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 contratuais deste seguro.

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

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	



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
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro 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.	15
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	10
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	06
	* de 4 (quatro) centímetros	s/ indenização
* de 3 (três) centímetros		
* menos de 3 (três) centímetros:		

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.



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

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

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

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

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

6.3.5. MORTE ACIDENTAL EM TRANSPORTE PUBLICO AUTORIZADO

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 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 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.

6.3.6. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO

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 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.

Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela



para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	
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	25
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	



PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro 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 25
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos(cúbitos)	20
	Anquilose total de um dos punhos	25
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	18 09
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	15 12
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	
	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 20
	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	
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25 10
	Amputação do primeiro dedo	03
	Amputação de qualquer outro dedo	
	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.	15
	Encurtamento de um dos membros inferiores: * de 5 (cinco) centímetros ou mais	10 06
* de 4 (quatro) centímetros	s/ indenização	
* de 3 (três) centímetros		
* menos de 3 (três) centímetros:		

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.

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

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

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

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

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

6.4. GARANTIAS ADICIONAIS

6.4.1. DESPESAS EMERGENCIAIS MÉDICAS E HOSPITALARES EM VIAGEM

Esta cobertura garante o pagamento ou o reembolso ao Segurado de despesas emergenciais médicas e hospitalares **decorrentes de evento coberto ocorrido durante a Viagem Segurada**, efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do Acidente Pessoal ou do atendimento médico emergencial,



limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas as condições gerais deste seguro.

Para fins deste seguro, entende-se 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;
- d) Fisioterapia emergencial: em caso de necessidade de fisioterapia em decorrência de lesões provenientes de acidentes ou doenças contraídas durante a Viagem Segurada, será providenciado o atendimento fisioterapêutico **emergencial** necessário, desde que determinado pelo médico que prestou o atendimento ao Segurado durante a Viagem Segurada.

Não estão abrangidas nesta cobertura as despesas decorrentes de:

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

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

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

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.

6.4.2. DESPESAS EMERGENCIAIS ODONTOLÓGICAS EM VIAGEM

Esta cobertura garante o pagamento ou o reembolso ao Segurado de despesas emergenciais odontológicas decorrentes de evento coberto ocorrido durante a Viagem Segurada que exijam o tratamento de emergência em dentes naturais permanentes, efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta garantia e observadas as condições gerais deste seguro.

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

Não estão abrangidas nesta cobertura as despesas decorrentes de:



- a) Todo e qualquer tipo de tratamento eletivo e /ou rotineiro;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

6.4.3. DESPESAS FARMACÊUTICAS

Esta cobertura garante o reembolso ao Segurado das despesas com a compra de medicamentos necessários em virtude de atendimento médico ou odontológico emergencial e decorrente de Acidente Pessoal coberto ou doença de caráter súbito ocorridos durante a Viagem Segurada efetuadas pelo Segurado para seu tratamento e 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.

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.

6.4.4 PRORROGAÇÃO DE ESTADIA

Esta cobertura garante 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 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.

6.4.5. ACOMPANHANTE EM CASO DE HOSPITALIZAÇÃO PROLONGADA

Esta cobertura garante o fornecimento de um bilhete de passagem aérea de ida e de volta, classe econômica, à uma pessoa indicada pelo segurado ou estipulante, 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.

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.

6.4.5.1. HOSPEDAGEM DE ACOMPANHANTE

Esta cobertura garante o pagamento ou reembolso dos custos de diária de hotel para hospedagem do acompanhante em caso de hospitalização prolongada do segurado em Viagem Segurada, conforme o disposto no item 6.4.5 destas condições gerais, 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.



6.4.6. ENVIO DE EXECUTIVO EM CASO DE HOSPITALIZAÇÃO DO SEGURADO

Esta cobertura garante o fornecimento de um bilhete de passagem aérea de ida e de volta, classe econômica, ao executivo indicado pelo estipulante para substituir o segurado em seus compromissos profissionais programados, em caso de hospitalização do segurado decorrente de Acidente Pessoal coberto ou doença de caráter súbito ocorridos com o segurado durante a Viagem Segurada.

6.4.7. BAGAGEM

Esta cobertura garante 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, até o limite do capital segurado contratado para esta garantia e definido no certificado individual para esta garantia.

6.4.7.1. ATRASO DE BAGAGEM

Esta cobertura garante o reembolso de despesas com compras de artigos de uso pessoal, até o limite do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta cobertura, relativo 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 local de residência do segurado.

Importante:

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

Não estão abrangidos nesta cobertura:

- 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.

6.4.7.2. DANOS À MALA

Esta cobertura garante o pagamento de uma 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 para esta garantia e definido no certificado individual para esta garantia.

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.

Não estão abrangidos nesta cobertura:

- a) Os danos causados ao conteúdo da mala.

IMPORTANTE: Do valor apurado serão deduzidos, em qualquer um dos casos, os valores pagos pela companhia transportadora diretamente ao segurado a título de indenização.

6.4.7. REMOÇÃO MÉDICA

Esta cobertura garante o reembolso ou pagamento das despesas com remoção do segurado para um hospital ou local adequado ao atendimento médico emergencial, depois de terem sido prestados os primeiros socorros, 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.

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

6.4.8. REPATRIAÇÃO MÉDICA

Esta cobertura garante 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.

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

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

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

6.4.9. REPATRIAÇÃO FUNERÁRIA

Esta cobertura garante 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.

6.4.10. CANCELAMENTO DE VIAGEM

É a garantia do pagamento ao Segurado ou Beneficiário de uma indenização visando ressarcir-lo das perdas irrecuperáveis com depósitos e/ou despesas pagas por antecipação em referência a sua viagem, limitada ao Capital Segurado definido na Apólice, respeitados os riscos excluídos destas Condições Gerais, sempre que o cancelamento da viagem for necessário e/ou inevitável, como consequência única e exclusivamente de:

- a) Morte, acidente pessoal ou enfermidade grave do segurado que impossibilite o início de sua viagem;**
- b) 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;**
- c) 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;**
- d) 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.**



A seguradora deverá ser notificada no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a doença, acidente ou falecimento, no caso de cancelamento da viagem. Após este prazo a seguradora não se responsabilizará por quaisquer multas adicionais incorridas.

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

6.4.10.1. Excluem-se desta garantia, além do disposto no item 7 destas Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência direta e indireta de:

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 seqüelas.

6.4.10.2. Estão excluídas da cobertura desta garantia as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:

a) 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;

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

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

d) Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos 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.



6.4.11. INTERRUPTÃO DE VIAGEM

É a garantia do pagamento ao Segurado ou Beneficiário de uma indenização visando ressarcir-lo das perdas irrecuperáveis com depósitos e/ou despesas pagas por antecipação em referência a sua viagem, limitada ao Capital Segurado definido na Apólice, respeitados os riscos excluídos destas Condições Gerais, sempre que o cancelamento da viagem for necessário e/ou inevitável, como consequência única e exclusivamente de:

- a) Morte, acidente pessoal ou enfermidade grave do segurado que impossibilite o prosseguimento de sua viagem;**
- b) 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;**
- c) 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;**
- d) 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.**

A seguradora deverá ser notificada no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a doença, acidente ou falecimento, no caso de cancelamento da viagem. Após este prazo a seguradora não se responsabilizará por quaisquer multas adicionais incorridas.

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

6.4.11.1. Excluem-se desta garantia, além do disposto no item 7 destas Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência direta e indireta de:

- 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, conseqüências e seqüelas.

6.4.11.2. Estão excluídas da cobertura desta garantia as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:

a) 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;

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

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

d) 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.

6.4.12. RETORNO DE SEGURADO

Esta cobertura garante o fornecimento de 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 do próprio segurado, seu companheiro de viagem, membro da sua família ou membro da família do seu companheiro de viagem, ou 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.

6.4.13. RETORNO ANTECIPADO POR SINISTRO RESIDENCIAL

Esta cobertura garante o fornecimento de 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, quando este se encontra em viagem e quando não houver nenhuma pessoa que possa assumir a situação.

6.4.14. RETORNO DE ACOMPANHANTES



Esta cobertura garante o fornecimento de bilhete 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 seu país de residência conforme o disposto nos itens 6.4.11 e 6.4.12, **caso não seja possível que seu(s) acompanhante(s) retorne(m) pelo meio inicialmente previsto, desde que previamente solicitado através da central de atendimento do seguro.**

6.4.15. RETORNO DE MENORES

Esta cobertura garante o fornecimento de um bilhete de passagem aérea, classe econômica, de ida e volta, 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.**

6.4.16. ATRASO DE VÔO

Esta cobertura garante o reembolso das despesas com hospedagem e alimentação incorridas por atraso de vôo, e das despesas causadas pela perda de conexão ou interrupção das viagens normais, caso o vôo do segurado, em Viagem Segurada, sofra **atraso de 18 (dezoito) horas ou mais**, devido a:

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

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.

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

6.4.17. DESPESAS JURÍDICAS

Esta cobertura garante 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 para esta garantia.

6.4.18. FIANÇAS E DESPESAS LEGAIS



Esta cobertura garante o reembolso das despesas incorridas, bem como custos de fiança, devido a 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.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

7.1. 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, emanção 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) condição preexistente à vigência do seguro e quaisquer de suas conseqüências, incluindo convalescenças e afecções em tratamentos ainda não consolidados, conseqüentes de fatos anteriores à Viagem Segurada. ESTA EXCLUSÃO NÃO SE APLICA ÀS COBERTURAS DE REPATRIAÇÃO FUNERÁRIA, MORTE ACIDENTAL E INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE;
- e) doença preexistente de conhecimento do segurado e não declarada na Proposta de Adesão, que contribua direta ou indiretamente na caracterização de um evento previsto nestas Condições Gerais;
- f) suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso;
- g) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
- h) atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, em caso de seguro contratado por pessoa jurídica;
- i) epidemias declaradas por órgão competente, gripe aviária, envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo;



- j) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- k) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- l) perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor as condições contratuais do presente seguro;
- m) intercorrências ou complicações conseqüentes 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;
- o) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;
- p) eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 3 destas Condições Gerais;
- q) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas conseqüências, mesmo quando provocado por acidente;
- r) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- s) perda de dentes e danos estéticos;
- t) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- u) utilização de instrumentos de guerra ou armas de fogo, exceto pela prestação de serviço militar;
- v) participação em disputas ou duelos, exceto pela pratica de esporte.
- w) seqüestro ou tentativa de seqüestro.

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

O âmbito geográfico da cobertura é todo o globo terrestre, **exceto o os seguintes países: Afeganistão, Cuba, República Democrática do Congo, Irã, Iraque, Libéria, Sudão e Síria.**



9. CARÊNCIA E FRANQUIA

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

9.2. FRANQUIA: Se houver período de franquia para uma cobertura contratada, este será definido no contrato.

9.3. FRANQUIA DEDUTÍVEL: Se houver franquia dedutível para uma cobertura contratada, esta será definido no contrato.

9.4. Não será estabelecida franquia nem franquia dedutível para as coberturas de morte e invalidez permanente.

10. CONTRATAÇÃO

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

10.2. Para que o proponente seja elegível à contratação do seguro deverá atender, simultaneamente, às seguintes condições:

a) ter idade, na data da adesão ao seguro, entre as idades-limite mínima e máxima para contratação que serão definidas no contrato;

b) estar em plena atividade de suas funções e perfeitas condições de saúde na data da respectiva adesão ao seguro.

c) **Não ter como destino seguintes países: Afeganistão, Cuba, República Democrática do Congo, Irã, Iraque, Libéria, Sudão e Síria.**

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

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



11. ACEITAÇÃO DO SEGURO

11.1. A seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias corridos para aceitar ou recusar o risco, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, seja para seguros novos ou para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos ou ainda para as renovações.

11.2. Caso a seguradora solicite documentos complementares para análise do risco, o que poderá ser feito apenas uma vez, este prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil após a data em que se der a entrega desses documentos.

11.3. A ausência de comunicação da seguradora, por escrito, no prazo previsto no item 11.1, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

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

11.5. A aceitação do risco implicará na emissão, pela seguradora, do Certificado do Seguro, o qual será entregue ao estipulante contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência da apólice do seguro, os capitais segurados de cada garantia contratada e o prêmio total.

11.6. Caso seja contratada cobertura para segurados dependentes, com a Inclusão Facultativa de Cônjuges e/ou a Inclusão Facultativa de Filhos, o certificado individual será entregue ao segurado principal contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência da apólice à qual o segurado principal fez sua adesão e dos segurados dependentes, os capitais segurados de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes e o prêmio total.

11.7. O pagamento da primeira parcela do seguro, assim como o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação, caracteriza a ciência, aceitação e concordância, pelo estipulante, das Condições Contratuais deste seguro.

11.8. De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do contrato ou da sua recondução depois de suspenso, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.



12. VIGÊNCIA

12.1. O início e o término de vigência da apólice será às 24 (vinte e quatro) horas das datas expressamente acordadas entre as partes e indicadas na apólice.

12.2. A cobertura deste seguro será válida em todas as Viagens dos segurados ocorridas durante o período de vigência da Apólice Corporativa. O limite máximo de dias de cobertura, por Viagem Segurada, será definido no contrato.

12.3. Em cada uma das Viagens Seguradas cobertas por este seguro, a vigência do risco individual terá início e término conforme segue:

12.3.1. O início da vigência do risco individual será:

- a) caso a data da contratação do seguro seja anterior ou igual à data do embarque: a passagem do segurado pela Polícia Federal, no local de embarque para a Viagem Segurada; com exceção à cobertura de Cancelamento de Viagem – CV que passa a vigorar às 24h00min 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 do seguro.

12.3.2. O término da vigência do risco individual será:

- a) no momento da passagem do segurado pela Polícia Federal, no local de desembarque no país de residência, na data indicada no bilhete de passagem aérea;
- b) no momento da passagem do segurado pela Polícia Federal, no local de desembarque no país de residência, na data de retorno da Viagem Segurada quando esta data for anterior à data constante no certificado individual para término da Viagem Segurada, ou posterior, em caso de atraso de vôo conforme o item 6.4.16;
- c) no final do prazo de vigência da apólice corporativa, respeitado o período correspondente ao prêmio pago;
- d) com a exclusão do segurado da apólice:
 - pela cessação antecipada da viagem do segurado, por motivos não contemplados na garantia de Cancelamento de Viagem – CV, não cabendo restituição do prêmio pago;
 - pelo pagamento da indenização por Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
 - por falta de pagamento do prêmio;
 - mediante solicitação do estipulante, por escrito, à seguradora.



13. RENOVAÇÃO

13.1. A apólice corporativa é emitida pelo prazo determinado no contrato, em número de dias, e não será superior a 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias. Caso haja interesse do estipulante e da seguradora na continuidade da cobertura, deverá ser preenchida nova Proposta de Contratação para análise e aceitação da seguradora.

13.2. No final do prazo de vigência da apólice, a cobertura de cada segurado cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.

14. CAPITAL SEGURADO

14.1. O Plano de Seguro contratado, o início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes constarão no Certificado do Seguro, e os respectivos capitais segurados de cada cobertura relativa ao segurado principal e dos segurados dependentes, além do prêmio total, constarão das Condições Contratuais da apólice corporativa. O capital segurado é o valor que corresponde à importância máxima a ser paga ou reembolsada pela seguradora, na ocorrência de evento coberto pela apólice, e será expresso em moeda corrente nacional.

14.2. Todo e qualquer pagamento de indenização referente a esse seguro será feito em moeda nacional, e a informação sobre o critério de conversão dos valores constará nas Condições Contratuais.

14.2.1. Os valores das indenizações a serem pagas pela seguradora serão convertidos para Real utilizando o câmbio de venda do Dólar Turismo da data do evento.

15. ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

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

16. PAGAMENTO DE PRÊMIO

16.1. Este é um seguro não-contributivo. O prêmio do seguro poderá ser pago à vista ou em parcelas durante o período de vigência da apólice e as formas de custeio e cobrança serão estabelecidas no ato da contratação e determinadas no contrato da apólice.



16.1.1. O pagamento do prêmio correspondente ao período de vigência da apólice poderá ser feito em até 12 (doze) parcelas, e o número de parcelas será definido pelo estipulante na contratação da apólice. O parcelamento do prêmio será feito sem cobrança de juros ou qualquer outro valor adicional.

16.1.2. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

16.2. O prêmio do seguro será calculado na base “pro-rata-temporis” em função do total de dias de vigência da apólice.

16.3. Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio, ou de qualquer uma de suas parcelas, corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o estipulante, poderá efetuar o pagamento no 1º (primeiro) dia útil após tal data, em que houver expediente bancário.

16.4. A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao estipulante, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato, que será efetuado ainda que o estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

16.5. O estipulante obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição da correspondência de aviso de cancelamento.

16.6. Todo e qualquer pagamento de prêmio referente a esse seguro será feito em moeda nacional, e a informação sobre o critério de conversão dos valores constará das Condições Contratuais do seguro.

16.6.1. O prêmio a ser pago pelo estipulante será convertido para Real utilizando o câmbio de venda do Dólar Turismo da data da emissão do Certificado Individual.

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

17. CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1. 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.

17.2. Na falta de pagamento do prêmio, conforme o item 16.4 destas Condições Gerais, a apólice será cancelada automaticamente pela seguradora.

17.3. 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) Com a exclusão do segurado da apólice pelo pagamento da indenização por Morte Acidental;
- d) Com a exclusão do segurado da apólice pelo pagamento da indenização por Invalidez Permanente Total;
- e) Com a cessação do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago.

18. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

18.1. Ocorrendo um evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo estipulante, segurado, beneficiário ou seu representante, conforme especificado no contrato.

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

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

18.3. Para o Aviso de Sinistro, o beneficiário do segurado, ou o próprio segurado, deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

a) Do segurado:

- RG
- CPF
- Certidão de Nascimento ou Casamento
- Comprovante de Residência
- Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela seguradora, o qual deverá ser preenchido pelo segurado ou seu beneficiário e o médico assistente do segurado.

b) Do(s) beneficiário(s):

- Pais: RG, CPF e Comprovante de Residência;
- Cônjuge: Certidão de Casamento, RG, CPF e e Comprovante de Residência;
- Companheira(o): RG e CPF e comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS e e Comprovante de Residência;
- Filhos: Certidão de Nascimento, RG, CPF e Comprovante de Residência, sendo que:



- I - Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;
- II - Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior à 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.

c) Deverá ser entregue ainda a documentação por tipo de ocorrência:

Em caso de Morte Acidental

- Certidão de Ocorrência emitida pela autoridade competente local, comprovando a ocorrência do acidente coberto ou do ato violento;
- Atestado de Óbito;
- Laudo de Necropsia;

Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- Certidão de Ocorrência emitida pela autoridade competente local, comprovando a ocorrência do acidente coberto ou do ato violento;
- Relatório detalhado do médico atestando o percentual de Invalidez Permanente.
- Resultados dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, eletroneuromiografias, etc – laudos e imagens);
- RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado.
- Formulário Autorização de Crédito em Conta Corrente.

Em caso de Despesa Médica e Hospitalar, Despesa Odontológica, Repatriação Médica e Remoção Médica

Para reembolso dessas despesas, o segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- laudo médico atestando a ocorrência do evento coberto;
- carta com breve relato do ocorrido contendo os dados do certificado individual e os dados bancários para o depósito do reembolso;
- recibo **ORIGINAL** de pagamento (comprovante de pagamento).
- RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado.
- Formulário Autorização de Crédito em Conta Corrente.

Em caso de Atraso de Vôo

- cópia da passagem aérea e do cartão de embarque;
- comprovantes originais de despesas com alimentação e hospedagem;
- declaração da companhia aérea confirmando o atraso.
- RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado.
- Formulário Autorização de Crédito em Conta Corrente.



Em caso de extravio, roubo, furto ou destruição da bagagem ou danos à mala

- relatório comprobatório de perda ou dano emitido pela companhia transportadora responsável (PIR - Property Irregularity Report). Em caso de perda, este documento deve atestar o peso, em quilogramas, da bagagem perdida,
- tíquete de bagagem original,
- recibo de indenização emitido pela companhia aérea transportadora.
- RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado.
- Formulário Autorização de Crédito em Conta Corrente.

Em caso de Atraso de Bagagem

- Relatório comprobatório de perda, emitido pela companhia transportadora responsável (PIR - Property Irregularity Report);
- Tíquete de bagagem original,
- Notas Fiscais originais, dos valores gastos na compra de roupas e produtos de higiene;
- RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado.
- Formulário Autorização de Crédito em Conta Corrente.

Em caso de Despesas Farmacêuticas

- prescrição médica,
- nota fiscal original de compra do medicamento durante a Viagem Segurada.
- RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado.
- Formulário Autorização de Crédito em Conta Corrente.

Em caso de Cancelamento de Viagem, Interrupção de Viagem, Retorno de Segurado, Retorno de Acompanhantes e Retorno de Menores

- laudo médico completo ou atestado de óbito;
- comprovantes do valor da(s) multa(s) retida(s) no caso de cancelamento;
- contrato de prestação de serviços dos organizadores da viagem, que devem prever as multas em caso de cancelamento, conforme determinação da EMBRATUR;
- em caso de cancelamento da viagem por causa de acompanhante de viagem do segurado, serão exigidos documentos que comprovem que a pessoa era de fato acompanhante de viagem do segurado.
- RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado.
- Formulário Autorização de Crédito em Conta Corrente

Em caso de Retorno Antecipado Por Sinistro Residencial

- Boletim de Ocorrência Policial



- Laudo de Perícias realizadas no local dos dados
- RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado
- Formulário Autorização de Crédito em Conta

Em caso de Assistência Jurídica

- Cópia da Ocorrência emitida pela autoridade competente local, comprovando a ocorrência do Acidente;
- Cópias dos documentos de defesa emitidos ou de audiências em que houve a participação do advogado contrato;
- Recibos originais dos honorários do advogado, contendo a identificação do profissional para exercício da profissão;
- Cópias (autenticadas) do CPF e RG do Segurado;
- Formulário Autorização de Crédito em Conta;

Em caso de Fianças e Despesas Legais

- Cópia da Ocorrência emitida pela autoridade competente local, comprovando a prisão ou detenção indevida;
- Comprovantes originais do pagamento de fiança ou de custas processuais;
- Cópias (autenticadas) do CPF e RG do Segurado;
- Formulário Autorização de Crédito em Conta;

19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

19.1. Todas 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.

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

19.3. 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.

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

- I – para a cobertura de Morte Acidental e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, a data do acidente;
- II – para as coberturas de Bagagem, Danos à Mala e Atraso de Bagagem, a data da notificação à companhia transportadora, constante do informe de irregularidade, preenchido antes do Segurado deixar o local de desembarque;



III – para as coberturas de pagamento de despesas, a data da ocorrência do acidente ou do documento que comprove a doença súbita;

IV – para as coberturas de reembolso de despesas, a data da ocorrência da despesa, devidamente comprovada.

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

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

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

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

- a) para segurados com idade entre 14 (catorze) e 16 (dezesseis) 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 (dezesseis) 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.

19.9. 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 25.1 destas Condições Gerais.

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

19.11. Os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da seguradora.



20. JUNTA MÉDICA

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

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

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

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

20.5. 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.

21. PERÍCIA DA SEGURADORA

21.1. O segurado, na contratação do 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.

21.2. A Seguradora poderá, sempre que considerar necessário para a legitimação do estado de invalidez do Segurado, seja por doença ou acidente, solicitar que o Segurado submeta-se a exames clínicos ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação, assumindo os respectivos custos, visando confirmar grau de abrangência do estado de invalidez.

21.3. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos.

21.4. 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.

21.5. 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.



22. PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

22.1. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

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

22.3. No caso de extinção ou vedação do IPCA/IBGE como índice de atualização de valores, a seguradora utilizará IGPM/FGV índice que vier a substituí-lo.

23. PERDA DE DIREITOS

23.1. 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 propositos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e/ou seu representante legal procurar obter benefícios do presente contrato;
- d) fizer declarações inexatas, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento 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.

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1. 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 co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

25. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

25.1. Beneficiários em caso de Morte Acidental

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

- a) Para segurado casado ou em união estável, 50% ao cônjuge ou companheiro(a) devidamente reconhecido(a) na forma da lei, se houver, e 50% aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária;
- b) Na falta dos herdeiros legais, será pago 100% da indenização ao cônjuge ou companheiro(a) devidamente reconhecido(a) na forma da lei;
- c) Na falta do cônjuge ou companheiro(a), devidamente reconhecido(a) na forma da lei, será pago 100% da indenização aos herdeiros legais do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária;
- d) Na falta de cônjuge, companheiro(a) devidamente reconhecido(a) na forma da lei, e de herdeiros legais, respeitada a ordem de vocação hereditária, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.



25.2. Beneficiários em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e das demais coberturas

Nestas garantias, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com o item 25.1 desta cláusula beneficiária.

26. ALTERAÇÃO DA APÓLICE

26.1. 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.

26.2. 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.

26.3. 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.

27. COMUNICAÇÕES

27.1. 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.

27.2. 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.

28. INFORMAÇÕES

28.1. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco;

28.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização; e

28.3. 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.



29. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

30. SAC (Serviço de atendimento ao consumidor)

A seguradora dispõe de um canal diferenciado de comunicação direta que funciona como um mediador entre o cliente e a seguradora.

Podem dirigir suas reclamações e/ou pedidos ao SAC todos os clientes (segurados, participantes e seus beneficiários) que não concordem com a decisão adotada pela seguradora e/ou não obtiveram sucesso em seus pleitos junto a seguradora.

As reclamações deverão ser endereçadas à:

AIG Seguros Brasil
Central de Atendimento 24 horas
0800 726 6130

31. FORO

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

31.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes contratantes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item 31.1.