

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO (Ramo: 0982)

PRODUTO: ACIDENTE PESSOAL DE PASSAGEIROS (APP)

Processo SUSEP nº 15414.002864/2010-51

CONDIÇÕES GERAIS

1. Definições

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

1.2. Acidente Pessoal de Passageiros: O evento ocorrido exclusivamente no veículo discriminado na apólice, com data caracterizada, externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, do passageiro, ou que torne necessário seu tratamento médico, incluindo-se, ainda, neste conceito:

- a) os acidentes de trânsito decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- b) os acidentes de trânsito decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- c) os acidentes de trânsito decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;
- d) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2.1. Excluem-se deste conceito:

- a) 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 de trânsito;
- b) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas

como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ósteo-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;

c) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente de trânsito;

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz por acidente pessoal de passageiros, conforme definido acima.

1.3. Apólice: É o documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.

1.4. Beneficiário: É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

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

1.6. Carência: Lapso de tempo, apurado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura contratada.

1.7. Carregamento: Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

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

1.9. Cobertura Individual: Garantia de cada segurado incluído na apólice de seguro, às coberturas contratadas, com início na data de sua aceitação pela Seguradora, e término limitado ao final da vigência da apólice, respeitado o período do prêmio pago.

1.10. Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as condições gerais, a apólice e, no caso de plano coletivo, o contrato, a proposta de contratação, a proposta de adesão e o certificado individual.

1.11. Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

1.12. Condutor: É a pessoa física que dirige o veículo discriminado na apólice.

1.13. 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.

1.14. Estipulante: É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

1.15. Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais.

1.16. Formulário de Aviso de Sinistro: É o documento, fornecido pela seguradora, pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à seguradora.

1.17. Garantias (ou coberturas): São as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

1.18. Grupo Segurado: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

1.19. Grupo Segurável: É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

1.20. Indenização: Valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

1.21. Invalidez Permanente: Perda, redução ou impotência funcional definitiva, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

1.22. Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco (eventos cobertos) propostas serão garantidas pela seguradora.

1.23. Médico Assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

1.24. Nota Técnica Atuarial: É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

1.25. Passageiro: É a pessoa física transportada no veículo discriminado na apólice, inclusive seu condutor.

1.26. Período de Cobertura: Aquele que durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

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

1.28. Proponente: O interessado em contratar a garantia (ou garantias), ou aderir ao contrato, propondo a sua adesão mediante o preenchimento da respectiva proposta.

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

1.30. 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.

1.31. Proprietário: Pessoa física ou jurídica que detém a propriedade do veículo discriminado na apólice.

1.32. Reabilitação do Seguro: É o restabelecimento do direito às coberturas, anteriormente suspensas por inadimplência, ocorrido a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que for retomado o pagamento do(s) prêmio(s).

1.33. Regime de Repartição Simples: É a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados e/ou pelo estipulante do Plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar os benefícios decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

1.34. Resgate: É o instituto que permite ao segurado, antes da ocorrência do sinistro e quando tecnicamente possível, o resgate de recursos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.

1.35. Riscos Excluídos: São aqueles riscos, previstos nas condições gerais, que não serão cobertos pelo plano de seguro.

1.36. Segurado: É a pessoa física transportada no veículo discriminado na apólice, inclusive seu condutor, sobre a qual se estabelecerá o seguro.

1.37. Seguradora: É a **MBM SEGURADORA S/A**, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos das Condições Contratuais.

1.38. Sinistro: É a ocorrência do risco (evento) coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

1.39. Superintendência de Seguros Privados – SUSEP: Órgão governamental regulador e fiscalizador das atividades de seguros.

1.40. Veículo: É todo veículo automotor de vias terrestres, exceto aqueles que trafegam sobre duas ou três rodas.

1.41. Vigência: É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

2. Objetivo do Seguro

2.1. Este produto visa oferecer cobertura contra acidentes pessoais dos passageiros de veículo(s) discriminado(s) na apólice por meio de seu respectivo RENAVAL, devidamente licenciado(s) para o transporte de pessoas e conduzido(s) por motorista(s) legalmente habilitado(s), garantindo, dentro dos limites estipulados na apólice, o pagamento de indenização à(s) vítima(s) ou a seus beneficiários, caso o(s) passageiro(s) venha(m) a falecer e/ou invalidar-se, de forma permanente, e/ou seja(m) submetido(s) a tratamento médico, em decorrência de evento coberto envolvendo o(s) referido(s) veículo(s).

2.2. Garantias cobertas (apenas quando decorrentes de acidente pessoal de passageiros) pelo Seguro são:

- a) Morte Acidental (MA);
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA); e
- c) Despesas Médico-Hospitalares (DMH).

3. Garantias do Seguro

3.1. As garantias do seguro dividem-se em básicas e adicionais, **sendo que o seguro não pode ser contratado sem pelo menos uma das garantias básicas.**

3.2. Garantias Básicas:

3.2.1. Morte Acidental (MA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), correspondente ao valor do capital segurado, caso o passageiro do veículo discriminado na apólice venha a falecer em virtude de acidente pessoal de passageiros, ocorrido com o referido veículo, durante a vigência deste seguro.

3.2.1.1. Para os passageiros menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com funeral, limitadas ao valor do capital segurado, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais e/ou notas fiscais especificadas, as quais, por sua vez, podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, a serem solicitados oportunamente, observando-se que:

- a) **não se incluem entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**

b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

3.2.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): É a garantia do pagamento de uma indenização, ao próprio passageiro do veículo discriminado na apólice, limitada ao valor do capital segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física provocada por acidente pessoal de passageiros, ocorrido com o referido veículo, durante a vigência deste seguro.

3.2.2.1. A invalidez permanente mencionada deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta garantia.

3.2.2.2. Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para sua recuperação), e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela constante do Anexo I destas.

3.2.2.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista neste plano de seguro (tabela do Anexo I) 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 como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

3.2.2.4. Nos casos não especificados neste plano de seguro, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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

3.2.2.6. 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.

3.2.2.7. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

3.2.2.8. As indenizações por morte acidental e invalidez permanente não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente pessoal de passageiros, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

3.3. Garantias Adicionais:

3.3.1. Despesas Médico-Hospitalares (DMH): A cobertura de despesas médico-hospitalares garante o reembolso, limitado ao valor capital segurado, de despesas médicas e hospitalares efetuadas pelo passageiro do veículo discriminado na apólice para o seu tratamento, sob orientação médica, provocado por acidente pessoal de passageiros, ocorrido com o referido veículo, e iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente e durante a vigência deste seguro.

3.3.1.1. Não estão abrangidas por essa cobertura, as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente;**
- c) intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal de passageiros;**
- d) internação para repouso ou convalescença;**
- e) internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- f) medicamentos fora da internação hospitalar e não prescritos pelo médico assistente;**
- g) estada em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo que por recomendação médica;**
- h) cirurgias ou tratamentos não previstos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- i) consultas domiciliares;**
- j) enfermagem em caráter particular, a domicílio ou em hospital;**
- k) despesas de estada, alimentação, passagens e quaisquer outras despesas que não tenham sido realizadas pelo próprio passageiro acidentado;**
- l) quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o tratamento do segurado; e**
- m) transplantes.**

3.3.1.2. As despesas médicas e hospitalares deverão ser devidamente comprovadas, nos termos estabelecidos no Item 14 – Liquidação de Sinistros.

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

4. Riscos Excluídos

4.1. Além das exclusões destacadas no Item 3 – Garantias do Seguro – acima, estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- b) de competições, gincanas, apostas e provas de velocidade, legalmente autorizadas ou não, disputadas com o veículo, inclusive treinos preparatórios;**
- c) do condutor dirigir veículo sem que possua habilitação legal e apropriada à categoria do veículo, ou que esteja com o exame médico vencido e não renovado por indeferimento do competente órgão de trânsito ou, finalmente, por pessoa em situação de impedimento para conduzir veículos automotores por saldo de pontuação em excesso, conforme o Código Brasileiro de Trânsito;**
- d) de acidentes diretamente ocasionados pela inobservância a disposições legais, inclusive relativas à lotação de passageiros, dimensão, peso e acondicionamento da bagagem transportada;**
- e) de trânsito do veículo por estradas ou caminhos impedidos, não abertos ao tráfego, praias ou terrenos arenosos, e/ou trilhas;**
- f) do veículo discriminado na apólice ter sido roubado ou furtado;**
- g) de 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;**
- h) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- i) de contaminação radioativa e/ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes caracterizadas por doenças, moléstias ou enfermidades, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto.**
- j) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrentes da utilização de meio**

de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou atos de humanidade em auxílio de outrem;

- k) de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- l) de atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes, do estipulante;
- m) dos denominados acidentes decorrentes de erros médicos, exemplificativamente, apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, parada cardíaca, trombose;
- n) de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- o) de suicídio cometido pelo segurado ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da cobertura individual, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme o art. 798 do Código Civil. Nestas circunstâncias, o presente seguro não prevê a reversão de provisões técnicas aos beneficiários do falecido, uma vez que a estrutura técnica do plano não a permite.
- p) de qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível.

4.2. Também não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

4.3. Encontram-se ainda excluídos das coberturas deste seguro, quaisquer indenizações, mesmo em consequência de eventos cobertos, decorrentes de:

- a) Danos Morais e Estéticos, no qual esteja o segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.
- b) Lucros Cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do segurado.
- c) Perdas e Danos decorrentes, direta e indiretamente, de qualquer evento, mesmo quando coberto pela apólice.

5. Âmbito Geográfico da Cobertura

5.1. As garantias previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. Carência

6.1. Não haverá prazo de carência para os eventos cobertos por este plano, exceto no caso de suicídio do segurado ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de início de vigência da cobertura individual, ou de sua recondução depois de suspenso.

6.2. Em caso de morte do segurado por suicídio, durante o prazo de carência mencionado acima, o presente seguro não prevê a reversão de provisões técnicas, nem a devolução de quaisquer valores, aos beneficiários do falecido, uma vez que a estrutura técnica do plano não a permite.

7. Aceitação do Seguro

7.1. A proposta, assinada obrigatoriamente pelo Estipulante/proponente ou seu representante legal, deverá ser entregue à seguradora. As condições gerais deste seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos segurados, quando da apresentação da proposta. Na proposta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

7.2. A seguradora fornecerá ao proponente (ou seu representante legal) um protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e hora do seu recebimento.

7.3. Recebida a proposta pela seguradora terá início um período de 15 (quinze) dias, com cobertura condicional, no qual a seguradora avaliará o risco. O seguro será automaticamente aceito, caso a seguradora não manifeste a recusa da proposta por escrito ao proponente, no prazo de 15 (quinze) dias, devidamente justificada.

7.4. Em caso de solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação, observado o exposto abaixo:

- a) Caso o proponente do seguro seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 7.4.**
- b) Se o proponente for pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares, poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no item 7.4, desde que a sociedade seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.**

7.5. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao

proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzidos da parcela “*pro rata temporis*”, correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

7.6. A seguradora, obrigatoriamente, procederá à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a sua recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

7.7. A seguradora emitirá e enviará o certificado individual no início do contrato e em cada uma das renovações subseqüentes, aos segurados da apólice.

7.8. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

7.9. O Segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro, nesta ou em outra seguradora, e especificamente para a garantia adicional de DMH, deverá comunicar a sua intenção, previamente, por escrito, a todas as seguradoras envolvidas, sob pena de perda do direito.

7.10. Uma vez contratado o novo seguro, as indenizações de que tratam ambos os contratos serão apuradas conforme o Item 7 das Condições Especiais da garantia adicional de DMH.

8. Vigência e Renovação do Seguro

8.1. O período de cobertura e vigência da Apólice serão estipulados no contrato.

8.2. Observada a regulamentação em vigor, as apólices de seguros, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

8.3. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.4. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

8.5 O final de vigência da cobertura individual será sempre após o desembarque do Segurado no veículo discriminado na Apólice.

8.6. A renovação automática do seguro só poderá ocorrer uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa. A renovação expressa poderá ser efetivada pelo estipulante quantas vezes se fizerem necessário, desde que não implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

8.7. Caso haja, na renovação ou durante a vigência da apólice, alteração da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos, esta deverá ser realizada com anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

8.8. A renovação automática não se aplica caso o estipulante ou a seguradora comuniquem o desinteresse na continuidade do plano de seguro, mediante aviso prévio e de forma expressa (por escrito) de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

8.9. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, comunicará ao estipulante sua decisão, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

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

8.11. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

8.12. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

9. Capital Segurado

9.1. Capital segurado é o valor máximo, estabelecido para cada garantia contratada, a ser pago ou reembolsado pela seguradora, no caso de ocorrência de evento coberto, durante a vigência do seguro.

9.2. O capital segurado para cada uma das garantias será aquele estipulado entre as partes, no momento da contratação ou renovação do Seguro, e constará do respectivo contrato.

9.3. O capital segurado será estabelecido por passageiro de veículo, ou seja, em caso de sinistro, não será rateado entre seus ocupantes, devendo cada um dos mesmos ser indenizado, de forma individual, até o limite do capital segurado contratado, **respeitada a lotação máxima permitida para o veículo.**

9.4. Caso ambas as garantias básicas sejam contratadas, seus respectivos capitais segurados devem possuir o mesmo valor.

9.5. O capital segurado para a garantia adicional de Despesas Médico-Hospitalares, quando contratada, não poderá ser superior a 30% (trinta por cento) do capital segurado para a garantia básica.

9.6. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente pessoal de passageiros.

9.7. No caso de invalidez parcial, invalidez total e/ou reembolso de despesas médico-hospitalares, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

9.8. A aceitação, pela Seguradora, de estabelecimento de capital segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

9.9. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

10. Atualização Monetária

10.1. Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, na data de aniversário da apólice, pelo Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV), acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário.

10.2. Na hipótese de extinção do índice pactuado, será adotado, em substituição, o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).

10.3. Esta cláusula não se aplica a contratações com vigência inferior a um ano.

10.4. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte acidental ou invalidez permanente total ou parcial por acidente serão atualizados pelo Índice Geral de Preços ao Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) até a data de ocorrência do sinistro, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

11. Pagamento de Prêmio

11.1. Para fins deste Seguro, o custeio pode ser:

- a)** Não Contributário, quando os componentes do grupo segurado não pagam prêmios, sendo estes custeados integralmente pelo Estipulante;
- b)** Contributário, quando os componentes do grupo segurado pagam prêmios, total ou parcialmente.

11.2. O prêmio do Seguro terá sua periodicidade e prazo de pagamento definidos em contrato, podendo ser pago à vista (único) ou fracionado, e resultará da aplicação da taxa inicialmente fixada no mesmo e anualmente recalculada com base nas operações do Seguro.

11.2.1. O fracionamento do prêmio poderá ser efetuado em até 12 (doze) parcelas mensais e consecutivas, não havendo incidência de juros sobre as mesmas, sendo apurado mediante a simples divisão do prêmio pelo número de parcelas acordadas.

11.3. Sempre que do recálculo, previsto na Nota Técnica Atuarial do Seguro, resultar taxas superiores às taxas em vigor, e a apólice apresentar déficit técnico que indique a necessidade de adequação, a aplicação das taxas reavaliadas será realizada mediante endosso à Apólice, e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo.

11.4. A forma de custeio será definida no contrato.

11.5. Os prêmios poderão ser pagos, em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido no contrato. Em caso de opção por débito em conta, ocorrendo a insuficiência de saldo na conta bancária indicada, nos respectivos vencimentos, ficará caracterizado o não pagamento do prêmio para todos os efeitos.

11.6. Servirá como comprovante de pagamento dos prêmios, o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado.

11.7. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado até a data limite estipulada, o direito à indenização não ficará prejudicado. Caso a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão das garantias ou cobrança de encargos.

11.8. No caso de prêmio pago de forma fracionada, a quitação até a data de seu vencimento, manterá o Seguro em vigor até o último dia do período de vigência a que o pagamento se referir. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

11.9. No caso de seguro Contributivo, mediante prévia autorização, o recolhimento do prêmio poderá ser delegado ao Estipulante, que deverá repassá-lo à seguradora no prazo máximo de 5 (cinco) dias após o efetivo pagamento pelos segurados, através de fatura e documento de cobrança emitidos pela Seguradora. Esta autorização poderá ser revogada a qualquer tempo pela Seguradora, mediante notificação expressa ao Estipulante.

11.10. Na cobrança do prêmio mediante carnê, a Seguradora providenciará para que o proprietário do veículo receba o carnê respectivo com antecedência mínima de 5

(cinco) dias do vencimento da primeira parcela. A emissão de carnê poderá ser delegada ao Estipulante, que providenciará para que cada proprietário o receba até o vencimento da última parcela do carnê anterior.

11.11. Caso o Proprietário não receba o novo carnê até o prazo estabelecido e desde que não tenha havido o cancelamento da Apólice, é seu direito efetuar o pagamento do prêmio do Seguro, antes do início do novo período de cobertura, mediante depósito bancário na conta indicada no carnê anterior, ou através de ordem de pagamento na rede bancária, a favor da Seguradora, com indicação do número da Apólice e do Certificado Individual.

11.12. Na cobrança do prêmio mediante desconto ou consignação em folha, a pessoa jurídica ou o estipulante somente poderá interromper o recolhimento do prêmio no caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Proprietário, a menos que tenha havido o cancelamento da Apólice. O pedido expresso de cancelamento da autorização para desconto em folha de pagamento, por parte do Segurado, retira do Estipulante a obrigatoriedade de cobrança e repasse do respectivo prêmio, passando o próprio Segurado a responder pelo recolhimento do valor dos prêmios sob sua responsabilidade, caso possua interesse na continuidade das coberturas do Seguro.

11.13. Para os contratos que não estipulem o fracionamento do prêmio, a falta de pagamento do mesmo na data determinada de vencimento ensejará a suspensão imediata das respectivas garantias, nos termos do Item 12 a seguir. Caso o prêmio não seja quitado dentro do prazo previsto de suspensão, o seguro será cancelado, nos termos do Item 13.

11.14. No caso de seguro Contributário, se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do Seguro, respondendo a Seguradora, até o cancelamento da Apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais e ao pagamento de uma multa de 2% (dois por cento) sobre o valor que deixou de repassar, acrescida de atualização monetária com base no índice pactuado no Item 10 – Atualização Monetária – desde o vencimento da obrigação até a data do efetivo pagamento.

11.15. No caso de seguro Não Contributário, cujo contrato não estipule o fracionamento do prêmio, caracterizada a inadimplência do estipulante, não haverá cobertura para os sinistros ocorridos durante este período, ficando facultado ao mesmo reabilitar o Seguro dentro do prazo máximo de 90 (noventa) dias contados do vencimento do prêmio pendente, mediante a retomada de seu pagamento, restabelecendo-se o direito à cobertura do Seguro, a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data da retomada.

11.16. Caracterizada a inadimplência, a Seguradora dará aviso ao Estipulante, com antecedência de 10 (dez) dias, no mínimo, do término do prazo para reabilitação do Seguro, quando o custeio for Não Contributário, e também aos proprietários dos veículos discriminados na apólice, quando o custeio for Contributário, através de

correspondência, advertindo quanto à necessidade de retomada do pagamento dos prêmios, sob pena de cancelamento do Seguro.

11.17. No caso de seguro Contributário, é expressamente vedado ao estipulante o recolhimento dos segurados, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada.

11.18. As despesas de administração, agenciamento e corretagem, representadas pelo percentual de carregamento constante do contrato, serão cobertas pelo prêmio, sendo vedada a cobrança pelo Estipulante de taxa de inscrição ou de intermediação.

11.19. Este plano está estruturado sob o regime de repartição simples e, devido à natureza deste regime, o seguro não permite concessão de resgates ou devolução de prêmios pagos, exceto nos casos expressamente previstos nestas condições gerais.

11.20. Os tributos serão pagos por quem a legislação determinar.

12. Prazo de Suspensão e Reabilitação

12.1. Para os contratos que não estipulem o fracionamento do prêmio, decorrida sua data de vencimento, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, as coberturas do Seguro ficarão automaticamente e de pleno direito suspensas, a partir do dia imediatamente posterior ao vencimento, ficando a Seguradora isenta de qualquer obrigação decorrente de sinistros verificados durante o período de inadimplência.

12.2. O seguro poderá permanecer suspenso por inadimplência pelo prazo de, no máximo, 90 (noventa) dias, podendo ser reabilitado mediante a retomada do pagamento do prêmio. A reabilitação do seguro ocorrerá a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que for retomado o pagamento do prêmio, respondendo a Seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

13. Cancelamento do Seguro

13.1. Caso até o término do prazo de suspensão previsto no Item 12.2, não seja retomado o pagamento do prêmio, o seguro ficará automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações para as partes, após o término deste prazo.

13.2. O seguro só será rescindido mediante acordo entre as partes contratantes e, deverá haver anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

13.3. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

- a) A seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- b) Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do Segurado, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto, abaixo indicada:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

13.4. Caso a relação percentual apurada na forma acima, resulte em percentuais distintos aos apresentados na tabela, será adotado, para fins de cálculo da vigência, a relação percentual imediatamente superior.

13.5. As apólices não poderão ser canceladas durante sua vigência, por parte da Seguradora, sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

14. Liquidação de Sinistros

14.1. Devido à natureza do Regime de Repartição Simples adotado neste seguro, a indenização será paga de uma única vez.

14.2. O Segurado, uma vez ocorrido o acidente pessoal de passageiros, obriga-se a recorrer, no menor prazo possível e às suas expensas, aos serviços

médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento médico exigido para sua cura completa, evitando-se, desta forma, o agravamento de escoriações, lesões, etc.

14.3. O evento coberto por este Seguro deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, ou pelo Segurado, ou ainda pelo(s) Beneficiário(s), no formulário “AVISO DE SINISTRO”, ou em carta registrada, ou telegrama dirigido à Seguradora. A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera a obrigação de apresentar o formulário “AVISO DE SINISTRO”, preenchido e assinado pelo Segurado ou beneficiário.

14.4. O “AVISO DE SINISTRO” deverá vir acompanhado da documentação completa exigível para a regulação do sinistro, relacionada abaixo, conforme a cobertura contratada:

14.4.1. Morte Acidental:

- **Documentos do(s) segurado(s):**
 - a) **Certidão de óbito autenticada em cartório;**
 - b) **Carteira de Identidade e CPF (cópia autenticada em cartório ou pelo representante¹);**
 - c) **Cópia do contracheque ou comprovante de pagamentos do prêmio do mês anterior ao óbito;**
 - d) **Laudo de Necropsia, nos casos em que a causa da morte não estiver expressa de maneira clara na Certidão de Óbito;**
 - e) **Boletim de Ocorrência Policial, quando houver; e**
 - f) **Carteira Nacional de Habilitação – CNH (cópia autenticada em cartório ou pelo representante), do condutor do veículo discriminado na apólice, envolvido no acidente pessoal de passageiros, nos casos em que o segurado seja o condutor do veículo.**

- **Documentos do(s) beneficiário(s):**
 - a) **Aviso de sinistro preenchido e assinado pelo(a) beneficiário(a);**
 - b) **Autorização de Crédito preenchida e assinada por todos(as) beneficiários(as), com comprovante bancário (agência, conta e banco);**
 - c) **Carteira de Identidade e CPF (cópia autenticada em cartório ou pelo representante);**
 - d) **No caso de beneficiário falecido, anexar a certidão de óbito (cópia autenticada em cartório);**
 - e) **Comprovante de residência;**
 - f) **Alvará Judicial (somente no caso de não haver declaração de beneficiários ou a pessoa declarada for falecida);**

¹ Representante é a pessoa natural designada pelo Grupo MBM.

- g) Nos casos de beneficiários menores de 18 anos, Certidão de Nascimento (cópia autenticada em cartório, somente em caso de beneficiários que não tenham documentos. Este documento só substitui a Identidade).**

Importante: (1) Filhos menores de 16 anos deverão estar assistidos por seu Representante Legal, que deverá assinar pelo mesmo; (2) Filhos maiores de 16 anos e menores de 18 anos deverão ser assistidos pelo responsável direto ou por seu Representante Legal;

- h) Cópia das Notas Fiscais com a descrição das despesas com o funeral, em caso de morte de passageiros menores de 14 anos.**

14.4.2. Invalidez Permanente por Acidente:

- a) Aviso de sinistro preenchido e assinado pelo(a) segurado(a) e pelo médico assistente;**
- b) Carteira de Identidade e CPF (cópia autenticada em cartório ou pelo representante);**
- c) Cópia do contracheque ou comprovante de pagamentos do prêmio do mês anterior à ocorrência;**
- d) Laudos Médicos e exames que houver;**
- e) Atestado definitivo do Médico Assistente;**
- f) Ocorrência Policial e/ou boletim de pronto atendimento hospitalar (cópia autenticada em cartório ou pelo representante);**
- g) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH (cópia autenticada em cartório ou pelo representante), do condutor do veículo discriminado na apólice, envolvido no acidente pessoas de passageiros, nos casos em que o segurado seja o condutor do veículo;**
- h) Comprovante de conta bancária do segurado ou do condutor (nos casos em que o segurado seja o condutor); e**
- i) Comprovante de residência.**

14.4.3. Despesas Médico-Hospitalares:

- a) Aviso de Sinistro preenchido e assinado pelo(a) segurado(a) e pelo médico assistente;**
- b) Comprovante de conta bancária do segurado;**
- c) Carteira de Identidade e CPF (cópia autenticada em cartório ou pelo representante);**
- d) Relatório original do médico que tenha assistido o Segurado, com a descrição das lesões, suas prováveis causas e o tratamento recomendado;**
- e) Ocorrência Policial e/ou boletim de pronto atendimento hospitalar (cópia autenticada em cartório ou pelo representante);**
- f) Originais dos comprovantes das despesas médicas e hospitalares;**

- g) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH (cópia autenticada em cartório ou pelo representante), do condutor do veículo discriminado na apólice, envolvido no acidente pessoas de passageiros, nos casos em que o segurado seja o condutor do veículo;
- h) Cópia do contracheque ou comprovante de pagamentos do prêmio do mês anterior à ocorrência; e
- i) Comprovante de residência.

14.5. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica. Esta junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

14.6. A invalidez permanente prevista deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta garantia.

14.7. As indenizações por morte acidental e invalidez permanente não se acumulam. 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.

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

14.8.1 Eventuais encargos de tradução de documentos ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

14.8.2 O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando o limite de cobertura estabelecido para a garantia, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

14.9. O prazo máximo para pagamento do sinistro, após a entrega de toda a documentação mínima exigida pela seguradora para a liquidação do mesmo, será de 30 (trinta dias). **Em caso de dúvida fundada e justificável pela seguradora, outros documentos, além daqueles listados no item 14.4, poderão ser solicitados, sendo, o prazo estabelecido neste parágrafo suspenso, voltando a**

correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

14.10. Expirado o prazo máximo para pagamento do sinistro pela seguradora, observado o critério da suspensão mencionado no item 14.8, o valor da indenização será atualizado monetariamente pela variação positiva do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV), também incidindo sobre este valor juros de mora. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo, serão equivalentes a 0,5% (zero vírgula cinco por cento) ao mês. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de ocorrência do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

14.10.1 O pagamento dos 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.

14.11. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de indenizar.

14.12. A indenização dos riscos cobertos será feita diretamente ao Segurado, ao(s) Beneficiário(s), ou a procurador com poderes específicos para o ato.

14.13. As despesas efetuadas com a comprovação de sinistros e com os documentos de habilitação à indenização correrão por conta do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

14.14. Possuindo o Segurado mais de um Seguro, nesta ou em outra Seguradora, garantindo Despesas Médicas e Hospitalares, a responsabilidade da MBM Seguradora S.A. por este Seguro será igual, em cada evento, à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia em todas as apólices em vigor na data do sinistro.

14.15. Os prazos prescricionais são aqueles determinados por lei.

15. Perda do Direito à Indenização

15.1. O segurado perderá o direito à indenização, caso o mesmo, seus representantes legais, seus prepostos ou seus beneficiários:

- a) agravarem intencionalmente o risco;
- b) por inobservância da lei ou das obrigações convencionadas nesse seguro;
- c) agirem com dolo, culpa grave, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando ou majorando suas conseqüências.

15.2. Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do 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:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**

II - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) 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**
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**

III - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

15.3. O segurado e o estipulante se obrigam a comunicar à seguradora, logo que saibam, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciaram 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 seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

15.4 O beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial da cobertura individual, ou da sua recondução depois de suspenso.

16. Beneficiários

16.1. Para fins deste Seguro, entende-se como Beneficiário(s) a(s) pessoa(s) designada(s) nominalmente e por escrito na proposta de adesão, ou em documento específico, para receber o valor da indenização.

16.1.1 Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária deste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

16.2. Se o segurado não renunciar à faculdade, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade. A seguradora, quando não cientificada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

16.3. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária. Na falta das pessoas indicadas neste parágrafo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

16.4. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

16.5. No caso de sinistros referentes às garantias de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e de Despesas Médico-Hospitalares (DMH), o próprio segurado será o beneficiário.

17. Foro

17.1. As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário ou estipulante e a seguradora, serão processadas no foro de domicílio do segurado ou do beneficiário ou do estipulante, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

18. Material de Divulgação

18.1. As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e a nota técnica atuarial submetidas à SUSEP.

18.2. A informação de que o registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização, deverá ser inserida, necessariamente, em todo e qualquer material de comercialização e propaganda utilizado pela seguradora.

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

18.4. 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.

19. Excedente Técnico

19.1. Quando expressamente previsto no Contrato, a distribuição de excedentes técnicos será realizada após cada aniversário da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

19.2. Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado.

I - Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

- a) prêmios recebidos pela Seguradora, de competência correspondente ao período de vigência, efetivamente pagos, líquidos de IOF;
- b) estorno de sinistros computados em excedentes técnicos anteriores, mas que definitivamente não sejam devidos; e
- c) estorno da Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR) computada em períodos anteriores

II - Consideram-se como despesas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

- a) comissões de corretagem pagas no período de apuração;
- b) comissões de agenciamento pagas no período de apuração;
- c) pró-labore (remuneração do estipulante/subestipulante) pago no período de apuração;
- d) COFINS e PIS incidentes sobre a operação de seguros, calculados mediante a aplicação de suas respectivas alíquotas (conforme legislação federal) sobre a diferença entre a soma das receitas e a soma das despesas listadas no subitem 19.2.II;
- e) despesas administrativas, calculadas através da aplicação de um percentual, definido em contrato, sobre os prêmios previstos no subitem 19.2.I.a);
- f) o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e avisados no período de apuração, considerando-se os pagos e pendentes e computando-se pelo valor total os sinistros com pagamento parcelado;
- g) os saldos negativos de resultados técnicos apurados em vigências anteriores, ainda não compensados;
- h) prêmios de resseguro, quando houver; e
- i) Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR), calculada com a mesma metodologia praticada pela área atuarial para a constituição da IBNR oficial da Seguradora.

III- As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) o respectivo pagamento para prêmios e comissões;
- b) o aviso à Seguradora para os sinistros;
- c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
- d) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

19.3. O percentual de reversão de excedente técnico constará na proposta de contratação, de adesão, e no contrato.

19.4. A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no contrato até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no contrato.

19.5. A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no contrato, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

19.6. Para os casos previstos no item 19.2., deverá ser incluído no certificado individual informação de que o segurado tem direito ao excedente técnico.

20. Obrigações do Estipulante

20.1. Constituem obrigações do Estipulante:

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

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

20.1.3. fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;

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

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

20.1.6. repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

20.1.7. comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

20.1.8. dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

20.1.9. fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

20.1.10. informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;

20.1.11. discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado; e

20.1.12. comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado.

21. Considerações finais

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

21.2. Desta forma, qualquer alteração de taxas de seguro, ainda que este plano preveja cláusula de reavaliação destas taxas, por implicar em ônus aos segurados, deverá observar o disposto no parágrafo anterior.

Porto Alegre, 10 de maio de 2016.

ANEXO I – Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o capital segurado
T O T A L	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
P A R C I A L DIVERSOS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
P A R C I A L 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	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	(*)	

P A R C I A L MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um dos quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	(*)
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10	
de 3 (três) centímetros	6	
Menos de 3 (três) centímetros:	Sem indenização	

Porto Alegre, 10 de maio de 2016.

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO (Ramo: 0982)

PRODUTO: ACIDENTE PESSOAL DE PASSAGEIROS (APP)

Processo SUSEP nº 15414.002864/2010-51

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. A cobertura de Morte Acidental, regida por estas Condições Especiais, pelas Condições Gerais e pelo Contrato, expressamente convencionados, tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), correspondente ao valor do capital segurado, caso o passageiro do veículo discriminado na apólice venha a falecer em virtude de acidente pessoal de passageiros, ocorrido com o referido veículo, durante a vigência deste seguro.

2. O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital segurado, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- **Documentos do(s) segurado(s):**

- a) **Certidão de óbito autenticada em cartório;**
- b) **Carteira de Identidade e CPF (cópia autenticada em cartório ou pelo representante¹);**
- c) **Cópia do contracheque ou comprovante de pagamentos do prêmio do mês anterior ao óbito;**
- d) **Laudo de Necropsia, nos casos em que a causa da morte não estiver expressa de maneira clara na Certidão de Óbito;**
- e) **Boletim de Ocorrência Policial, quando houver; e**
- f) **Carteira Nacional de Habilitação – CNH (cópia autenticada em cartório ou pelo representante), do condutor do veículo discriminado na apólice, envolvido no acidente pessoal de passageiros, nos casos em que o segurado seja o condutor do veículo.**

- **Documentos do(s) beneficiário(s):**

- a) **Aviso de sinistro preenchido e assinado pelo(a) beneficiário(a);**
- b) **Autorização de Crédito preenchida e assinada por todos(as) beneficiários(as), com comprovante bancário (agência, conta e banco);**
- c) **Carteira de Identidade e CPF (cópia autenticada em cartório ou pelo representante);**
- d) **No caso de beneficiário falecido, anexar a certidão de óbito (cópia autenticada em cartório);**
- e) **Comprovante de residência;**
- f) **Alvará Judicial (somente no caso de não haver declaração de beneficiários ou a pessoa declarada for falecida);**
- g) **Nos casos de beneficiários menores de 18 anos, Certidão de Nascimento (cópia autenticada em cartório, somente em caso de**

¹ Representante é a pessoa natural designada pelo Grupo MBM.

beneficiários que não tenham documentos. Este documento só substitui a Identidade).

Importante: (1) Filhos menores de 16 anos deverão estar assistidos por seu Representante Legal, que deverá assinar pelo mesmo; (2) Filhos maiores de 16 anos e menores de 18 anos deverão ser assistidos pelo responsável direto ou por seu Representante Legal;

h) Cópia das Notas Fiscais com a descrição das despesas com o funeral, em caso de morte de passageiros menores de 14 anos.

3. Para os passageiros menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com funeral, limitadas ao valor do capital segurado, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais e/ou notas fiscais especificadas, as quais, por sua vez, podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, a serem solicitados oportunamente, observando-se que:

a) não se incluem entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e

b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4. Para fins deste Seguro, o custeio pode ser:

a) Não Contributário, quando os componentes do grupo segurado não pagam prêmios, sendo estes custeados integralmente pelo Estipulante;

b) Contributário, quando os componentes do grupo segurado pagam prêmios, total ou parcialmente.

4.1. A forma de custeio será definida no contrato.

Porto Alegre, 10 de maio de 2016.

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO (Ramo: 0982)

PRODUTO: ACIDENTE PESSOAL DE PASSAGEIROS (APP)

Processo SUSEP nº 15414.002864/2010-51

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)

1. A cobertura de Invalidez Permanente por Acidente, regida por estas Condições Especiais, pelas Condições Gerais e pelo Contrato, expressamente convencionados, tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização, ao próprio passageiro do veículo discriminado na apólice, limitada ao valor do capital segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física provocada por acidente pessoal de passageiros, ocorrido com o referido veículo, durante a vigência deste seguro.
2. A invalidez permanente mencionada deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta garantia.
3. **Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para sua recuperação), e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela anexa.**
4. **Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista neste plano de seguro (tabela do Anexo) 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 como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).**
5. Nos casos não especificados neste plano de seguro, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
6. **Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.**

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

8. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

9. As indenizações por morte acidental e invalidez permanente não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente pessoal de passageiros, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

10. No caso de invalidez parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

11. O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital segurado, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- a) Aviso de sinistro preenchido e assinado pelo(a) segurado(a) e pelo médico assistente;
- b) Carteira de Identidade e CPF (cópia autenticada em cartório ou pelo representante¹);
- c) Cópia do contracheque ou comprovante de pagamentos do prêmio do mês anterior à ocorrência;
- d) Laudos Médicos e exames que houver;
- e) Atestado definitivo do Médico Assistente;
- f) Ocorrência Policial e/ou boletim de pronto atendimento hospitalar (cópia autenticada em cartório ou pelo representante);
- g) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH (cópia autenticada em cartório ou pelo representante), do condutor do veículo discriminado na apólice, envolvido no acidente pessoas de passageiros, nos casos em que o segurado seja o condutor do veículo;
- h) Comprovante de conta bancária do segurado ou do conduto (nos casos em que o segurado seja o condutor); e
- i) Comprovante de residência.

12. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica. Esta junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora. O prazo para constituição da

¹ Representante é a pessoa natural designada pelo Grupo MBM.

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

13. Para fins deste Seguro, o custeio pode ser:

- a) Não Contributário, quando os componentes do grupo segurado não pagam prêmios, sendo estes custeados integralmente pelo Estipulante;
- b) Contributário, quando os componentes do grupo segurado pagam prêmios, total ou parcialmente.

13.1. A forma de custeio será definida no contrato.

Porto Alegre, 10 de maio de 2016.

ANEXO – Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o capital segurado
T O T A L	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
P A R C I A L DIVERSOS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
P A R C I A L 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	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	(*)	

P A R C I A L MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70	
	Perda total do uso de um dos pés	50	
	Fratura não consolidada de um fêmur	50	
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25	
	Fratura não consolidada da rótula	20	
	Fratura não consolidada de um pé	20	
	Anquilose total de um dos joelhos	20	
	Anquilose total de um dos tornozelos	20	
	Anquilose total de um dos quadril	20	
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25	
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10	
	Amputação de qualquer outro dedo	3	
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	(*)	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:		
	de 5 (cinco) centímetros ou mais	15	
	de 4 (quatro) centímetros	10	
de 3 (três) centímetros	6		
Menos de 3 (três) centímetros:	Sem indenização		

Porto Alegre, 10 de maio de 2016.

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO (Ramo: 0982)

PRODUTO: ACIDENTE PESSOAL DE PASSAGEIROS (APP)

Processo SUSEP nº 15414.002864/2010-51

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES (DMH)

1. A cobertura de Médico-Hospitalares, regida por estas Condições Especiais, pelas Condições Gerais e pelo Contrato, expressamente convencionados, tem por objetivo garantir o reembolso, limitado ao valor capital segurado, de despesas médicas e hospitalares efetuadas pelo passageiro do veículo discriminado na apólice para o seu tratamento, sob orientação médica, provocado por acidente pessoal de passageiros, ocorrido com o referido veículo, e iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente e durante a vigência deste seguro.

2. Não estão abrangidas por essa cobertura, as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente;
- c) intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal de passageiros;
- d) internação para repouso ou convalescença;
- e) internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- f) medicamentos fora da internação hospitalar e não prescritos pelo médico assistente;
- g) estada em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo que por recomendação médica;
- h) cirurgias ou tratamentos não previstos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- i) consultas domiciliares;
- j) enfermagem em caráter particular, a domicílio ou em hospital;
- k) despesas de estada, alimentação, passagens e quaisquer outras despesas que não tenham sido realizadas pelo próprio passageiro acidentado;
- l) quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o tratamento do segurado;
- m) transplantes.

3. As despesas médicas e hospitalares deverão ser devidamente comprovadas, nos termos estabelecidos no Item 7.

4. No caso de reembolso de despesas médico-hospitalares, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

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

6. O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital segurado, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Aviso de Sinistro preenchido e assinado pelo(a) segurado(a) e pelo médico assistente;**
- b) **Comprovante de conta bancária do segurado;**
- c) **Carteira de Identidade e CPF (cópia autenticada em cartório ou pelo representante);**
- d) **Relatório original do médico que tenha assistido o Segurado, com a descrição das lesões, suas prováveis causas e o tratamento recomendado;**
- e) **Ocorrência Policial e/ou boletim de pronto atendimento hospitalar (cópia autenticada em cartório ou pelo representante);**
- f) **Originais dos comprovantes das despesas médicas e hospitalares;**
- g) **Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH (cópia autenticada em cartório ou pelo representante), do condutor do veículo discriminado na apólice, envolvido no acidente pessoas de passageiros, nos casos em que o segurado seja o condutor do veículo;**
- h) **Cópia do contracheque ou comprovante de pagamentos do prêmio do mês anterior à ocorrência; e**
- i) **Comprovante de residência.**

7. Possuindo o Segurado mais de um Seguro, nesta ou em outra Seguradora, garantindo Despesas Médicas e Hospitalares, a responsabilidade da MBM Seguradora S.A. por este Seguro será igual, em cada evento, à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia em todas as apólices em vigor na data do sinistro.

8. Para fins deste Seguro, o custeio pode ser:

- a) **Não Contributário, quando os componentes do grupo segurado não pagam prêmios, sendo estes custeados integralmente pelo Estipulante;**
- b) **Contributário, quando os componentes do grupo segurado pagam prêmios, total ou parcialmente.**

8.1. A forma de custeio será definida no contrato.

Porto Alegre, 10 de maio de 2016.