

CONDIÇÕES GERAIS

Por meio deste Contrato, a Bradesco Vida e Previdência S/A, CNPJ nº 051.990.695/0001-37, e o Segurado estabelecem o Seguro Individual de Acidentes Pessoais, registrado na SUSEP com o nº 15414.005628/2012-59 e nº 15414.005631/2012-72.

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este Seguro tem por objetivo garantir os seguintes pagamentos:

- a) ao Beneficiário, quando o Segurado morrer por causas exclusivamente acidentais;
- b) ao Segurado, se ele sofrer um Acidente que o deixe incapaz de maneira total ou parcial; e
- c) ao Segurado, para reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas decorrentes de Acidente Pessoal; (cobertura opcional).

1.2. As coberturas deste Seguro não poderão ser contratadas individualmente, e a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas decorrente de Acidente Pessoal é opcional, mediante o pagamento de Prêmio adicional.

1.3. O pagamento pela Seguradora, de qualquer valor relacionado a este Seguro estará sujeito à sua análise, com base nestas Condições Gerais, especialmente com relação à avaliação do risco e aos riscos não cobertos.

1.4. As coberturas deste Seguro abrangem os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

2. PROPONENTE E ACEITAÇÃO DA PROPOSTA

2.1. Poderão ser Proponentes do Seguro as pessoas físicas ou seu representante legal, com idade mínima de 18 e máxima de 70 anos, que estiverem em boas condições de saúde na data da Proposta, que deverá ser assinada e preenchida de maneira completa, verdadeira e sem rasuras.

2.2. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

2.3. Para análise do risco, a Seguradora poderá solicitar novos documentos ou informações adicionais ao Proponente uma única vez. Neste caso o prazo definido no subitem 2.4 será suspenso e voltará a correr às 24 horas do dia do atendimento da solicitação ao proponente. A negativa do Proponente em apresentar os exames autorizará a Seguradora a recusar a Proposta.

2.4. A proposta será aceita caso a Seguradora não se manifeste contrariamente ao Proponente no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.

2.4.1. Com a aceitação da Proposta, a Seguradora emitirá a Apólice e a enviará ao Segurado, confirmando a sua aceitação.

2.5. No caso de não aceitação da Proposta, a Seguradora comunicará o Proponente por escrito e restituirá o valor pago antecipadamente, se houver, no prazo de 10 (dez) dias contados da comunicação da recusa.

2.6. Haverá garantia das coberturas entre a data de recebimento da proposta e a data de formalização de recusa.

3. BENEFICIÁRIO

3.1. O Segurado poderá indicar na Proposta o seu Beneficiário, que irá receber a Indenização, em caso de morte do Segurado decorrente de Acidente Pessoal.

3.2. Os beneficiários, quando não forem os pais, filhos ou cônjuge do segurado deverão ter interesse na vida do Segurado ou depender dele economicamente.

3.3. Se o Segurado não indicar nenhum Beneficiário ou se a indicação não puder ser mantida por alguma razão, 50% do valor da Indenização será pago ao cônjuge que não for separado judicialmente e o restante aos herdeiros legais do Segurado, observada a legislação.

3.4. Se não houver cônjuge ou herdeiros, ou se não prevalecer a indicação feita, o pagamento será devido àquelas pessoas que provarem que dependiam

economicamente do Segurado.

3.5. A companheira (ou companheiro) será equiparada (o) esposa (ao marido), mas só poderá ser indicada(o) como beneficiária(o) quando o Segurado for solteiro ou separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

3.6. O Segurado poderá modificar a qualquer momento seu Beneficiário, desde que comunique à Seguradora. Caso a Seguradora não receba a comunicação, sua obrigação será considerada cumprida quando ela efetuar o pagamento da Indenização ao Beneficiário indicado anteriormente.

4. VIGÊNCIA DO SEGURO

4.1. As coberturas deste Seguro serão garantidas a partir das 24 horas de pagamento da 1ª parcela do Prêmio ou do protocolo do recebimento da proposta pela seguradora, se anterior, que passa a ser a data de aniversário do Seguro.

4.2. Para os seguros com vigência de 12 meses poderá haver renovação automática por igual período, uma única vez, desde que não haja cancelamento.

4.2.1. As renovações posteriores deverão ser realizadas de forma expressa.

4.3. Seguros com vigência inferior a 12 (doze) meses não serão renovados.

4.4. Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar o Seguro na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos, nos termos deste Seguro.

4.4.1. Na hipótese prevista no item 4.4. a Seguradora deverá comunicar ao Segurado a não renovação mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final do período de vigência.

5. RISCOS COBERTOS

5.1. Morte Acidental: morte do Segurado por causa exclusivamente acidental, exceto se decorrente dos eventos previstos como Riscos Não Cobertos.

5.2. Incapacidade Permanente Total ou Parcial por Acidente: perda, redução ou

impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, de elementos anatômicos constantes na tabela de indenizações, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal, atestada por declaração médica, exceto se decorrente dos eventos previstos como Riscos Não Cobertos. A Indenização somente será devida desde que esteja terminado o tratamento e esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, inclusive o tratamento fisioterápico de recuperação funcional, com alta médica, e seja definitivo o caráter da incapacidade.

5.2.1. O valor da Indenização para a Cobertura de Incapacidade Permanente Total ou Parcial por Acidente será apurado mediante a aplicação dos percentuais da Tabela a seguir sobre o valor do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Morte do Segurado, limitado a 100% daquele valor.

Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Incapacidade Permanente

Incapacidade Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver 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
--	---	----

Parcial Diversas	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo- sacro da coluna vertebral	25
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	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 médios	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	
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um dos pés	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
Parcial Membros Inferiores	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de 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 (primeiro) dedo: Indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de:	
	– 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	– 4 (quatro) centímetros	10
	– 3 (três) centímetros	6
	– menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

5.2.2. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação de um determinado percentual de redução para os casos das articulações, e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento). A rigidez caracteriza os 100% (cem por cento) da perda funcional da articulação.

5.2.3. Quando do mesmo acidente resultar a incapacidade permanente 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 Indenização prevista para a sua perda total.

5.2.4. Para efeito da Indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deve ser deduzida do grau de incapacidade definitiva.

5.2.5. Nos casos não especificados, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

5.3. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas: reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas, bem como das diárias hospitalares

decorrentes de Acidente Pessoal, incorridas a critério médico, que o Segurado necessitar para seu restabelecimento, **desde que iniciadas dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente.**

5.3.1. As despesas efetuadas no exterior serão reembolsadas com base no câmbio oficial de venda da data da sua realização pelo Segurado, atualizadas monetariamente pela Seguradora de acordo com o item 8 destas Condições Gerais.

5.4. Estarão cobertos também os eventos decorrentes de:

- a) ação de temperatura do ambiente ou influencia atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de Acidente Pessoal;
- b) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas;
- c) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes;
- d) choque elétrico e raio;
- e) contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- f) escapamento acidental de gases e vapores;
- g) infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;
- h) queda n'água ou afogamento;
- i) sequestro e tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- j) tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

6. RISCOS NÃO COBERTOS

- a) ato reconhecidamente perigoso praticado pelo Segurado, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto a prática de esportes e a**

utilização de meio de transporte mais arriscado, a prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;

b) ato ilícito doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou representante de um ou de outro;

c) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e os atos de humanidade em auxílio de outrem;

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

e) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

f) doenças ou lesões preexistentes, não declaradas na proposta de contratação e de conhecimento do segurado;

g) situações reconhecidas por instituições de previdência ou assemelhadas nas quais o evento causador da lesão não se enquadre no conceito de incapacidade previsto nestas Condições Gerais;

h) epidemia ou pandemia declaradas por órgão competente;

i) suicídio ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir do início de vigência do Seguro;

j) acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;

k) acidentes e suas consequências, ocorridos antes da contratação do seguro;

l) 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;

m) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

n) 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

o) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;

p) perda de dentes e os danos estéticos;

q) autolesões, ou seja, mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;

r) danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista. Cabe à Seguradora comprovar sua ocorrência 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.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. Os Capitais Segurados constarão da Proposta e da Apólice e serão atualizados monetariamente, de acordo com o item 8 destas Condições Gerais.

7.2. Será considerado, para efeito de Indenização, o Capital Segurado vigente na data da ocorrência do Acidente Pessoal.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio inicial do Seguro será estabelecido na Proposta de acordo com o valor do Capital Segurado contratado e será atualizado monetariamente, de acordo com o item 8 destas Condições Gerais.

8.2. O Segurado poderá optar pelo pagamento único, anual ou mensal, via débito em conta bancária, boleto bancário ou cartão de crédito para o pagamento do Prêmio.

8.2.1. O pagamento do seguro com vigência inferior a 12 (doze) meses deverá ser feito de uma única vez.

8.2.2. Em caso de pagamento do Prêmio por meio de débito em conta bancária, ocorrendo a insuficiência de saldo nos respectivos vencimentos, ficará caracterizado o não-pagamento do Prêmio.

8.2.3. Se a data de vencimento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

8.3. Qualquer pagamento em atraso dentro do prazo de 90 (noventa) dias do vencimento será efetuado pelo valor do Prêmio vencido, acrescido de juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base *pro rata* dia da data de vencimento até a data do efetivo pagamento. Adicionalmente, incidirá atualização monetária sobre o valor do Prêmio não pago, pela variação do IPCA/IBGE apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento e aquele divulgado imediatamente antes da data do efetivo pagamento.

8.4. No caso da ocorrência de Risco Coberto durante o período de 90 (noventa) dias de atraso no pagamento dos Prêmios, a Indenização, se devida, será paga nos termos destas Condições Gerais, descontados os Prêmios em atraso acrescidos de

juros e atualização monetária.

8.5. Transcorridos 90 (noventa) dias do vencimento do 1º (primeiro) Prêmio devido e não pago, o Seguro será cancelado, sem que seja devida ao Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) a percepção proporcional de qualquer Indenização ou a devolução de Prêmios já pagos.

9. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

9.1. Os seguros contratados com vigência igual a 12 (doze) meses terão os valores dos Capitais Segurados e dos Prêmios atualizados monetariamente, a cada ano, no aniversário do Seguro, com base na variação, positiva ou negativa, do Índice Nacional de Preços ao Consumidor - Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).

9.2. A atualização monetária será apurada com base na variação do IPCA/IBGE, tomando-se por base o índice de 12 meses acumulados até o 2º mês anterior ao mês de atualização.

9.3. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE).

10. INDENIZAÇÃO

10.1. Documentos para Pagamento de Indenização

Os documentos básicos que deverão ser encaminhados à Sucursal da Bradesco Vida e Previdência S.A. ou Agência do Banco Bradesco S.A., acompanhados do Aviso de Sinistro, são os seguintes:

Em caso de Morte Acidental do Segurado:

- a) Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

- c) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF ou RIC e comprovante de residência do Segurado;
- d) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF ou RIC e comprovante de residência do Beneficiário;
- e) cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge;
- f) Laudo de Necropsia ou Cadavérico;
- g) cópia do Laudo de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;
- h) cópia do Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial;
- i) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado faleceu em acidente de trânsito e era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- j) cópia do brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado faleceu em acidente aéreo e era o piloto na ocasião do acidente.

Incapacidade Permanente Total ou Parcial por Acidente

- a) Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Bancária (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora);
- c) CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho se for o caso, devidamente protocolada pelo INSS;
- d) cópia do Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial;
- e) radiografia do membro atingido se houver;
- f) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF ou RIC do Segurado;
- g) cópia do comprovante de residência do Segurado;
- h) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do

veículo na ocasião do acidente;

i) cópia do brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente.

Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas

a) Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Bancária (formulário fornecido pela Seguradora);

b) Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora) preenchido, datado e assinado pelo médico assistente;

c) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF ou RIC do Segurado;

d) cópia do Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial;

e) vias originais dos recibos e comprovantes de pagamentos dos honorários médicos, notas fiscais das despesas médico-hospitalares e da remoção médica; e

f) CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho se for o caso, devidamente protocolada pelo INSS.

10.2. A Seguradora, após receber o Aviso de Sinistro e os documentos relacionados neste item, verifica se o mesmo caracteriza os Riscos Cobertos nestas Condições Gerais e se o Segurado ou seu Beneficiário, conforme o caso, tem ou não o direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da Indenização.

10.3. A Seguradora poderá solicitar uma única vez, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados neste item.

10.4. As despesas com a comprovação do Risco Coberto, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário,

salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

10.5. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

10.6. No caso de Incapacidade Permanente Total ou Parcial por Acidente que apresente divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, 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, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

10.8. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

10.9. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempatador, se houver divergência.

10.10. O pagamento de qualquer Indenização será feito no prazo de 30 (trinta) dias contado a partir do recebimento de toda a documentação básica por meio de cheque nominativo, crédito em conta bancária ou ordem de pagamento.

10.10.1. Esse prazo será suspenso se a Seguradora pedir documentos e informações complementares ao Segurado ou Beneficiário, conforme disposto no item 10.3, e somente voltará a correr a partir das 24 horas do dia útil subsequente aquele em que forem completamente atendidas as exigências da Seguradora.

10.11. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela falta de pagamento da

Indenização devida, no prazo de 30 dias, o Capital Segurado será atualizado monetariamente pela variação positiva do IPCA/IBGE desde a data do evento e acrescido de juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento.

11. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

11.1. As Indenizações por Incapacidade Permanente Total ou Parcial por Acidente e Morte Acidental do Segurado não se acumulam. Assim, se, depois de paga uma Indenização por Incapacidade Permanente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo Acidente, a Seguradora pagará a Indenização devida pelo caso de Morte Acidental, deduzida a importância já paga por Incapacidade Permanente.

11.2. O reembolso por despesas médicas, hospitalares e odontológicas é cumulativo com qualquer outra indenização deste Seguro.

11.3. Se o Segurado possuir mais de uma apólice nesta ou em outra Seguradora, garantindo o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, o valor do reembolso efetuado pela Seguradora será o resultado obtido pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada cobertura em todas as apólices em vigor na data do Sinistro.

12. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO

12.1. A reintegração do Capital Segurado é automática após cada Risco Coberto para a Cobertura por Incapacidade Permanente Parcial por Acidente.

12.2. Não haverá reintegração quando da ocorrência de Risco Coberto que configure Incapacidade Permanente Total por Acidente com o pagamento de Indenização no valor de 100% do Capital relativo a essa cobertura, caso em que o Seguro será cancelado. A reintegração também não ocorrerá se após o pagamento de uma indenização for constatada a perda ou redução ou impotência funcional parcial permanente de outro membro ou órgão em decorrência do mesmo evento.

12.3. O Capital Segurado da Cobertura de Reembolso por Despesas Médicas,

Hospitalares e Odontológicas será automaticamente reintegrado após cada Sinistro.

13. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

13.1. O Segurado ou Beneficiário perderá o direito à Indenização nas seguintes situações:

- a) se o Segurado, por si ou por seu representante ou corretor, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, além de estar obrigado ao pagamento do Prêmio vencido;**
- b) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro por parte do Segurado ou do Beneficiário;**
- c) se o Segurado agravar intencionalmente o Risco Coberto, por meio de, mas não se restringindo a: ofensas corporais, automutilação, condução de veículo sob efeito de álcool em nível superior ao permitido pela legislação local ou uso de medicamentos sem prescrição médica;**
- d) se não comunicar por escrito à Seguradora, logo que saiba, a ocorrência de qualquer incidente suscetível de agravar o Risco Coberto, se ficar comprovado que silenciou de má fé;**
- e) se ele ou o Beneficiário não comunicar a ocorrência do Risco Coberto à Seguradora, logo que o saiba;**
- f) se não tomar as providências imediatas para minorar as consequências do Risco Coberto; ou**
- g) se ele ou o Beneficiário se recusar a apresentar os documentos e informações solicitados pela Seguradora.**

13.2. A Seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias do recebimento do aviso de agravação, mediante comunicação escrita ao Segurado, poderá cancelar ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença do Prêmio cabível.

13.3. O cancelamento do Seguro baseado no agravamento do Risco Coberto só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do Prêmio, se houver, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

13.4. 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 a parcela proporcional ao tempo decorrido ou permitir a continuidade, cobrando a diferença do prêmio cabível.

II - na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado, o seguro será cancelado após o pagamento da indenização, retendo a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido.

III - na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo da Indenização a diferença de prêmio cabível.

14. CANCELAMENTO DO SEGURO

14.1. O Seguro será cancelado nas seguintes situações:

a) tentativa de o Segurado e/ou seu(s) Beneficiário(s) impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;

b) ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado e/ou seu(s) Beneficiário(s), com o propósito de obter vantagem ilícita do Seguro;

c) falta de pagamento de 3 (três) parcelas do Prêmio mensal, consecutivas ou não, sendo que o cancelamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia contado a partir do vencimento da 1ª (primeira) parcela não paga;

d) falta de pagamento da parcela do Prêmio anual, sendo que o cancelamento

ocorrerá automaticamente no 90º (nonagésimo) dia, contado a partir do seu vencimento;

e) com a morte do Segurado;

f) com a Incapacidade Permanente Total por Acidente do Segurado; e

g) com a solicitação expressa do Segurado nesse sentido, 30 (trinta) dias antes do vencimento do Prêmio.

14.2. No prazo máximo de 10 (dez) dias antes da data-limite para o cancelamento do Seguro por motivo de falta de pagamento, será enviada notificação ao Segurado.

15. INFORMAÇÕES GERAIS

15.1. Os prazos prescricionais são aqueles definidos em lei, da seguinte forma:

a) Prescreve em um ano a pretensão do Segurado contra a Seguradora contada a partir da ciência do fato gerador da pretensão;

b) Prescreve em 3 anos a pretensão do Beneficiário contra a Seguradora, contado a partir da ciência do fato gerador da pretensão;

15.1.1. O foro eleito será o do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

15.2. O registro deste Seguro na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

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

15.4. Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de Prêmios pagos pelo Segurado.

15.5. Não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados, por qualquer forma, os direitos decorrentes deste Seguro.

GLOSSÁRIO

As palavras a seguir, quando aparecerem no texto das Condições Gerais, terão o significado abaixo. O singular abrange o plural, o masculino inclui o feminino, e vice-versa.

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

a) Incluem 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 sequestros e tentativas de sequestros; 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) Não será considerado Acidente Pessoal e, portanto, não geram pagamento pela Seguradora pelas coberturas previstas nestas Condições Gerais:

b.1) 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) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) 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 incapacidade definida nas Condições Gerais.

Apólice: É o documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação das coberturas.

Aviso de Sinistro: É o formulário fornecido pela Seguradora que acompanha os documentos relacionados nestas Condições Gerais para a análise do evento coberto.

Beneficiário: É a pessoa indicada pelo Segurado para receber um pagamento pela Seguradora quando ele morrer, e que tem parentesco (pais filhos ou cônjuge) ou interesse na vida do Segurado.

Capital Segurado: É o valor máximo contratado pelo Segurado que servirá de base para a Seguradora quando ocorre um Risco Coberto, que varia de acordo com a cobertura.

Condições Gerais: É este documento, que descreve o Seguro e estabelece direitos e obrigações da Seguradora, do Segurado e do Beneficiário.

Declaração de Saúde: É o documento que o Proponente preenche junto com a

Proposta, no qual informa suas condições de saúde para que a Seguradora analise e decida sobre sua aceitação.

Doenças ou Lesões Preexistentes não declaradas: São as doenças, lesões ou incapacidades, bem como as suas consequências, contraídas pelo Segurado antes da adesão ao Seguro e de conhecimento do Segurado ou do cônjuge, e que não foram informadas na Proposta de Contratação.

Indenização: É o valor pago pela Seguradora ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme o caso, quando ocorre um Risco Coberto.

Período de Vigência: Período durante o qual a Seguradora garante os pagamentos se ocorrer um Risco Coberto.

Prêmio: Preço pago pelo Segurado à Seguradora para garantir das coberturas do Seguro.

Proponente: É a pessoa física interessada em contratar o Seguro, que se torna um Segurado quando a Seguradora aceita sua Proposta.

Proposta de Contratação: É o documento no qual o Proponente manifesta querer contratar o Seguro e presta informações à Seguradora.

Risco Coberto: acontecimento ou evento que gera a obrigação para a Seguradora fazer um pagamento ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme o caso.

Risco não Coberto: é o acontecimento ou evento previsto nas condições gerais, que não gera a obrigação para a Seguradora fazer um pagamento ao Segurado ou ao Beneficiário.

Segurado: É o titular do Seguro, que está sujeito aos Riscos Cobertos previstos nestas Condições Gerais.

Seguradora: É a Bradesco Vida e Previdência S.A.

Seguro: É o Seguro Individual de Acidentes Pessoais, descrito nestas Condições Gerais.