



SEGURO DE ACIDENTES PESSOAS INDIVIDUAL (UBER)

**CONDIÇÕES GERAIS
BILHETE DE SEGURO**

RAMO: 1381 – PESSOAS INDIVIDUAL

Processo Susep Nº 15414.616414/2026-16
Maio/2026

SUMÁRIO

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES.....	3
2. ESTRUTURA DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO	3
3. OBJETIVO DO SEGURO	3
4. TIPO DE CONTRATAÇÃO.....	3
5. DEFINIÇÕES	4
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	6
7. COBERTURA DO SEGURO - COBERTURA DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA).....	6
8. RISCOS EXCLUÍDOS	7
9. CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO.....	11
10.VIGÊNCIA.....	11
11.CARÊNCIA E FRANQUIA.....	11
12.CAPITAL SEGURADO.....	12
13.ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DOS VALORES DO CONTRATO	12
14.PAGAMENTO DE PRÊMIO.....	13
15.PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	14
16.REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	16
17.REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	17
18.PERDA DE DIREITOS	17
19.BENEFICIÁRIOS	19
20.RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO	19
21.ALTERAÇÃO DO SEGURO	20
22.PRESCRIÇÃO	20
23.FORO.....	20

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco, exceto quando for um seguro contratado por meio de emissão de Bilhete de Seguro.

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

O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

2. ESTRUTURA DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO

2.1. Condições Contratuais é o conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, incluindo as constantes das Condições Gerais, das Condições Especiais, das Condições Particulares do Bilhete de Seguro.

2.2. As Condições Contratuais deste seguro apresentam-se em uma parte assim determinada: Condições Gerais.

2.2.1. Condições Gerais são as cláusulas comuns a todas as coberturas e/ou modalidades deste seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos do segurado, da seguradora e dos beneficiários.

3. OBJETIVO DO SEGURO

3.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), na ocorrência de um evento coberto pela cobertura contratada, durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrentes de riscos ou eventos excluídos, desde que respeitadas às Condições Contratuais.

4. TIPO DE CONTRATAÇÃO

4.1. O plano é de contratação individual.

5. DEFINIÇÕES

5.1. Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nestas condições contratuais, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais do Seguro.

ACIDENTE PESSOAL: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico do segurado, observando-se que o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal.

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

BILHETE DE SEGURO: é o documento emitido pela sociedade Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.

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

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

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

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

CORRETOR DE SEGUROS: Intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a representar os segurados, angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. Na forma do Decreto Lei no. 73/66 o corretor é responsável pela orientação aos segurados sobre as coberturas, obrigações e exclusões do Contrato de Seguro.

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

EVENTO COBERTO: é o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nas Condições Contratuais.

FRANQUIA: corresponderá ao número de dias, contados a partir da do afastamento do segurado de suas atividades laborativas, em que o segurado deva permanecer incapaz antes que tenha direito à indenização. O prazo de franquia contratado será definido no Bilhete de Seguro.

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

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

INÍCIO DE VIGÊNCIA: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

MÉDICO: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Para efeitos desta cobertura, o médico que diagnosticar o acidente ou doença não poderá ser o próprio segurado, seu cônjuge ou companheiro, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o segurado.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do Segurado. O Médico Assistente, para efeito de comprovação da cobertura do Sinistro não poderá ser o próprio Segurado, cônjuge, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o Segurado.

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

PRÊMIO PERIÓDICO: valor a ser pago para a garantia do risco, com qualquer periodicidade compatível com as suas características e com a vigência da cobertura, conforme opção especificada no Bilhete de Seguro.

PRÊMIO ÚNICO: valor a ser pago para a garantia do risco, calculado para a vigência integral do Bilhete de Seguro, podendo ser pago à vista ou parcelado.

REPRESENTANTE DE SEGUROS: é a pessoa jurídica que assume a obrigação de promover, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, a realização de contratos de seguro à conta e em nome da Seguradora. O Representante de Seguros não é um Corretor de Seguros.

RISCO: evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

RISCO COBERTO: risco previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem a indenização do seguro.

RISCOS EXCLUÍDOS: eventos preestabelecidos nas condições gerais e especiais do seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento relativo a estes eventos.

SEGURADO: é pessoa física sobre a qual se estabelecerá o seguro.

SINISTRO: é a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.

VIGÊNCIA: é o período determinado no Bilhete de Seguro pelo qual está contratado o seguro as coberturas serão garantidas pela sociedade seguradora.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1. Este seguro destina-se apenas a Segurados residentes no Brasil, sendo as coberturas válidas para eventos ocorridos em todo o Globo Terrestre, salvo disposição em contrário.

7. COBERTURA DO SEGURO - COBERTURA DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA)

7.1. A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) garante o pagamento de diárias por incapacidade temporária pelo período em que o segurado se encontrar sob tratamento médico decorrente exclusivamente de acidente pessoal, que o impossibilite, de forma contínua, involuntária e ininterrupta, a exercer sua profissão ou ocupação, observado o período de franquia e respeitado o Capital Segurado.

7.2. Para fins desta cobertura, entende-se por “acidente pessoal” a lesão corporal que impede o segurado de exercer sua principal ocupação profissional, e para a qual o segurado estiver recebendo tratamento médico, respeitadas as exclusões presentes na Cláusula 8 – Riscos Excluídos.

7.3. O limite máximo de diárias, o valor máximo por diária e o Capital Segurado serão estabelecidos no Bilhete de Seguro, no momento da ocorrência do sinistro.

7.4. Na hipótese de ocorrência de sinistro, a quantidade de diárias a serem indenizadas pela seguradora será o menor valor entre a quantidade de dias de afastamento determinada no laudo médico e a quantidade de dias que o motorista segurado permaneceu sem efetuar corridas no aplicativo desde a ocorrência do sinistro.

7.5. A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e a forma de pagamento, única ou periódica, será estabelecida no Bilhete de Seguro.

7.6. O tratamento médico deverá ter início até 30 (trinta) dias após a ocorrência do acidente.

7.7. A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia.

7.8. Após um evento indenizado, o segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma Cobertura após 90 (noventa) dias, contados a partir da data do retorno ao exercício de sua profissão ou ocupação, desde que decorrente de diagnóstico diverso do primeiro.

7.9. O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

7.10. O pagamento da indenização ao segurado poderá ser efetuado em um único pagamento ou parceladamente.

8. RISCOS EXCLUÍDOS

8.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO SEGURO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:

a) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado principal ou dependente, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de qualquer deles;

b) suicídio ou a sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura, ou da solicitação de aumento de capital contratado ou ainda da sua recondução depois de suspenso;

c) epidemias, gripe aviária ou pandemias declaradas por órgão competente;

d) acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, enchentes, alagamentos, desmoronamento, deslizamento de terra e erupções vulcânicas;

e) danos e perdas causados por atos terroristas;

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

g) 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;

h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se caracterizado como infração de trânsito ou se decorrentes do trabalho, da prestação de serviços militares, de atos humanitários, da utilização de meio de transporte arriscado ou da prática desportiva;

i) gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto, exceto se decorrentes de acidente pessoal coberto;

j) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências;

k) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa, exceto em caso de suicídio ou sua tentativa após os primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;

l) da prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à Lei, incluindo nesta, a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;

m) riscos garantidos por coberturas não contratadas;

n) eventos ocorridos antes da contratação do seguro ou durante o período de carência da cobertura, ainda que manifestado durante a sua vigência;

o) autolesão voluntária e premeditada ou sua tentativa;

p) procedimentos não previstos no código de ética médica brasileiro do Conselho Federal de Medicina e/ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.

8.2. Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas no Bilhete de Seguro.

8.3. Excluem-se do conceito de ACIDENTE PESSOAL e, por consequência, estão excluídos da cobertura deste seguro, os eventos decorrentes de:

8.3.1. 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;

8.3.2. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

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

8.3.4. 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 invalidez por acidente pessoal.

8.4. Além dos riscos expressamente excluídos acima, estão também excluídos da cobertura de COBERTURA DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA) os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) lesões no joelho intra-articular; Entesopatia; Luxação do ombro (acrômio - clavicular ou glenohumeral) e fraturas patológicas, desde que não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- b) lombalgia, radiculopatia, dor ciática e outras neurites; lesões degenerativas da coluna vertebral, com a exceção do tratamento cirúrgico e as condições do sistema nervoso simpático, desde que não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- c) entorses, distensões e contusões, desde que não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- d) lesões que não requerem atenção médica;**
- e) internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);**
- f) cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- g) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- h) eventos causados exclusivamente pela não utilização pelo segurado de equipamentos de segurança exigidos por lei.**
- i) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- j) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.**
- k) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;**
- l) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;**
- m) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;**
- n) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e**
- o) quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.**

9. CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO

9.1. A contratação deste seguro se dá por meio da emissão de Bilhete de Seguro.

9.1.1. No caso de contratação deste seguro por meio de emissão de Bilhete de Seguro, a aceitação dos riscos é automática.

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

9.3. A emissão do Bilhete de Seguro caracteriza a ciência, aceitação e concordância, pelo Segurado, das Condições Contratuais deste seguro.

10. VIGÊNCIA

10.1. A vigência do seguro terá início e término às 24:00 (vinte e quatro) horas das datas indicadas no Bilhete de Seguro ou no decorrer desse período se ocorrer uma das situações previstas nos termos da CLÁUSULA 20 - RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO destas Condições Gerais.

11. CARÊNCIA E FRANQUIA

11.1. Para os eventos decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência.

11.2. Os eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa estarão sujeitos ao prazo de carência de 2 (dois) anos ininterruptos de vigência do seguro, contados da data de contratação, da data de sua recondução depois de suspenso, ou de sua alteração caso impliquem em modificações dos riscos originalmente aceitos.

11.2.1. Quando o segurado aumentar o capital segurado, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se ocorrer o suicídio no prazo previsto nesta Cláusula.

11.2.2. É vedada a fixação de novo prazo de carência, nas hipóteses de renovação e de substituição do contrato, ainda que seja outra a seguradora.

11.2.3 O suicídio em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência.

11.3. Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, o valor do prêmio pago será entregue pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) beneficiário(s), deduzidos os impostos incidentes.

11.4. O período de franquia estabelecido no Bilhete de Seguro será contado a partir da data do afastamento do segurado de suas atividades laborativas.

11.5. Não haverá indenizações para os casos de afastamentos por período inferior ao da franquia.

12. CAPITAL SEGURADO

12.1. O capital segurado é o valor que corresponde à importância máxima vigente na data do evento a ser paga pela seguradora, na ocorrência de evento coberto, e será expresso em moeda corrente nacional.

12.2. O capital segurado da COBERTURA DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA) é expresso pelo valor contratado para uma diária e por um limite máximo de diárias indenizáveis definidos no Bilhete de Seguro, e será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto, sem a cobrança de prêmio adicional.

12.3. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno às atividades laborativas.

12.4. As despesas de salvamento para evitar o sinistro ou atenuar seus efeitos serão de até 10% (dez cento) da cobertura contratada, por evento coberto, observado o disposto na Cláusula 8.2 destas Condições Gerais.

13. ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DOS VALORES DO CONTRATO

13.1. Os valores de capitais segurados e prêmios, mencionados nas condições contratuais e referentes às coberturas contratadas pelo segurado, serão corrigidos anualmente, no aniversário do Bilhete de Seguro, com base na variação acumulada do índice IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ocorrida entre o 14º e o 2º mês anterior ao mês do reajuste.

13.2. 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) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

13.3. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados serão atualizados pelo IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

14. PAGAMENTO DE PRÊMIO

14.1. O prêmio do seguro terá o valor por quilômetro rodado definido no Bilhete de Seguros.

14.1.1. O valor do prêmio será calculado com base na quilometragem percorrida pelo segurado motorista em corridas com passageiro ou mercadoria embarcada, aplicando-se o valor por quilômetro rodado definido no Bilhete de Seguros.

14.2. O prêmio será devido ao término de cada corrida concluída e pago pelo segurado motorista quando do recebimento de valores a ele devidos diretamente pela plataforma de mobilidade.

14.3. A falta de pagamento da 1ª (primeira) parcela do prêmio até a data do seu vencimento resolve automaticamente e de pleno direito o contrato de seguro, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

14.4. Caso o pagamento de qualquer parcela subsequente à primeira não seja efetuado na data do seu vencimento, a cobertura será suspensa e os sinistros ocorridos no período de inadimplência não terão cobertura.

14.4.1. A Seguradora notificará o Segurado sobre o inadimplemento (i) concedendo-lhe prazo de 15 (quinze) dias para a purgação da mora, sob pena de suspensão da garantia contratual; e (ii) advertindo sobre a possibilidade de cancelamento do Bilhete de Seguro caso o inadimplemento persista por 30 (trinta) dias após a suspensão.

14.4.2. No período de suspensão de cobertura, nenhum prêmio será cobrado ao Segurado e nenhuma cobertura será concedida.

14.4.3. Após a regularização da pendência, a garantia será restabelecida no prazo de 24h (vinte e quatro horas) após o pagamento do prêmio devido.

14.5. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento qualquer uma das parcelas do prêmio, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

14.6. A devolução de prêmio, quando aplicável, será calculada proporcionalmente ao tempo de cobertura decorrido em função do tempo de cobertura contratado.

14.7. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos às atualizações monetárias a partir da data de recebimento, até a data da devolução, com base no índice estabelecido nos termos da CLÁUSULA 13 - ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DOS VALORES DO CONTRATO destas Condições Gerais.

14.8. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar, não podendo haver estipulação expressa.

15. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

15.1. Ocorrendo o evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado, Beneficiário ou seu representante à Seguradora.

15.2. Para o Aviso de Sinistro, o Segurado ou o Beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

15.2.1. Do Segurado:

- a) Cópia da carteira de identidade (RG);
- b) Cópia do CPF;
- c) Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento atualizada com averbação do óbito;
- d) Cópia do Comprovante de Residência (com prazo de 90 dias da sua emissão) em nome do segurado;
- e) Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado;
- f) Declaração de Herdeiros;
- g) Autorização para crédito de pagamento em conta corrente.

15.3. Além dos documentos previstos na cláusula acima, para o Aviso de Sinistro da COBERTURA DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA), o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- a) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) ativa;
- b) Laudo médico;

- c) Atestado médico;
- d) Receituário médico;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
- f) Relatório do médico assistente, acompanhado dos exames (laboratoriais, radiológicos) realizados para a confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia e, cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar, que comprovem o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, incluindo a assinatura do médico responsável com o seu respectivo CRM;
- g) Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado, quando aplicável;
- h) Comprovante, através da plataforma de mobilidade, do número de dias em que o segurado motorista de aplicativo ou entregador de serviço ficou desconectado da plataforma, quando aplicável.

15.4. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá formalmente ao Segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.

15.4.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados.

15.4.1.1. Havendo divergência sobre a escolha do Médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

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

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

16. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

16.1. A seguradora, após receber o aviso de sinistro e os respectivos documentos básicos previstos na Cláusula 15 destas Condições Gerais, terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para concluir a Regulação do Sinistro e se manifestar sobre a cobertura, contado da data da entrega, pelo Segurado ou Beneficiário, do último documento pendente. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar outras informações e documentação complementar. Neste caso, a contagem do prazo para a manifestação sobre a cobertura será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente ao da entrega de toda a documentação complementar solicitada.

16.1.1. A contagem do prazo poderá ser suspensa por no máximo 2 (duas) vezes, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação. Nos sinistros em que o Capital Segurado da cobertura reclamada não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, a suspensão poderá ocorrer por apenas 1 (uma) única vez.

16.1.2. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o aviso de sinistro e durante a Regulação não importam, por si só, no reconhecimento da cobertura securitária.

16.2. Encerrada a Regulação do Sinistro, caso a Seguradora conclua que não há cobertura securitária, o Segurado ou Beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo de 30 (trinta) dias indicado na Cláusula 16.1.

16.3. A Seguradora poderá apresentar fundamentos adicionais para a negativa da cobertura, caso venha a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia ou caso a negativa seja baseada na ausência ou insuficiência de documentos.

16.4. A Regulação e a Liquidação do Sinistro poderão ser realizadas simultaneamente.

16.5. Reconhecida a cobertura securitária para o Sinistro, a Seguradora efetuará o pagamento do Capital Segurado da cobertura acionada, no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

16.5.1. O Segurado ou o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) apresentar à Seguradora todos os documentos e elementos necessários à quantificação dos valores devidos.

16.6. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, hipótese em que o prazo para o pagamento do Capital Segurado será suspenso por 1 (uma) vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

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

16.8. Os valores das indenizações de sinistros ficam sujeitos à atualização monetária, pela variação positiva do índice, estabelecido nos termos da CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DOS VALORES DO CONTRATO destas Condições Gerais, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido e juros legais de 12% ao ano, quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.

16.8.1. O pagamento de valores relativos à atualização monetária, multa e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

16.9. Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do Segurado ou do Beneficiário, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências por esta determinadas.

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

17. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

17.1. Em caso de sinistro, haverá a reintegração do Capital Segurado para a cobertura Diária por Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) após a ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

17.2. Para as demais coberturas, em caso de sinistro, não haverá a reintegração do Capital Segurado.

18. PERDA DE DIREITOS

18.1. O segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente seguro, obrigando-se ao pagamento do Prêmio vencido e das despesas efetuadas pela Seguradora, quando:

18.1.1. deixar de cumprir as obrigações convencionadas nas condições gerais e especiais do seguro;

18.1.2. agravar intencionalmente o risco segurado;

18.1.3. o próprio segurado, seus propositos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e/ou seu representante legal obter benefícios do presente seguro por qualquer meio ilícito, má-fé, dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização;

18.1.4. o segurado, por si ou por seu representante, seu corretor de seguros, seu preposto ou seu beneficiário fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

18.1.4.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de dolo do segurado, a sociedade seguradora poderá, diante dos fatos não relevados, na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) Cancelar o seguro, caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, 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 e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

18.1.4.2. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de dolo do segurado, a sociedade seguradora poderá, na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial de capital segurado:

a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, retendo do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou

b) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.

18.1.4.3. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de dolo do segurado, a sociedade seguradora poderá, na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

18.1.5. deixar de comunicar imediatamente à seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização se ficar comprovado, pela Seguradora, que silenciou de má-fé;

18.1.6. a Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo Segurado, poderá, por meio de comunicação formal:

a) restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou

b) cobrar a diferença do prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

18.1.7. O cancelamento do seguro nos casos em que a garantia é tecnicamente impossível ou o risco decorrente da omissão não é originalmente subscrito pela Seguradora só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao Segurado, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

19. BENEFICIÁRIOS

19.1. O Beneficiário do seguro será o próprio Segurado.

20. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO

20.1. O seguro poderá ser cancelado a qualquer tempo, mediante solicitação do segurado para a Seguradora.

20.2. A cobertura deste seguro terminará automaticamente:

- I. No final do prazo de vigência do seguro, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;
- II. Em caso de cancelamento do seguro, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Gerais;
- III. Com o falecimento do segurado;
- IV. Mediante solicitação do segurado
- V. Na data em que o segurado perder seus direitos de acordo com a Cláusula 18 - PERDA DE DIREITOS destas Condições Gerais.

21. ALTERAÇÃO DO SEGURO

21.1. Este seguro poderá ser alterado a qualquer momento, mediante acordo entre a Seguradora e o Segurado, desde que obedeça aos termos, condições e estrutura do plano contratado.

22. PRESCRIÇÃO

22.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

23. FORO

23.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente seguro.