

Condições Gerais Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente



SICOOB

Sicoob Seguradora de Vida e Previdência S.A.
(CNPJ: 26.314.512/0001-16)

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL
PROCESSO SUSEP Nº 15414. 640906/2025-33

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO

1.1 Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou aos seus beneficiários na ocorrência de um dos eventos previstos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

1.1.1 Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples onde cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período, neste seguro não será permitida a concessão de resgate ou devolução de quaisquer prêmios pagos.

2) TIPO DE CONTRATAÇÃO

2.1 Contratação Individual.

3) DEFINIÇÕES

3.1 Para efeito destas condições gerais, considera-se:

a) Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tendo como consequência direta ao segurado: a morte, a invalidez permanente total ou parcial e a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a.1) Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

- suicídio, ou a sua tentativa;
- ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- escapamento acidental de gases e vapores;
- sequestros e tentativas de sequestros; e
- alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

a.2) Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados

septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível; e

- **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez accidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.**

- b) Apólice:** documento emitido pela sociedade seguradora por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente;
- c) Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro;
- d) Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro;
- e) Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;
- f) Coberturas:** são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto;
- g) Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais;
- h) Consignante:** pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados;
- i) Doenças ou Lesões Preeexistentes e suas Consequências:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro;
- j) Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas condições gerais;
- k) Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro a seguradora;
- l) Indenização:** valor a ser pago pela seguradora na ocorrência do evento coberto, limitado ao valor do capital segurado da cobertura contratada.
- m) Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão

garantidas pela seguradora;

- n) 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 consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina;**
- o) Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;
- p) Período de Cobertura:** aquele durante o qual os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;
- q) Prazo de Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados;
- r) Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;
- s) Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;
- t) Prêmio Comercial:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos;
- u) Proponente:** o interessado em contratar a(s) cobertura(s);
- v) Proposta de Contratação:** documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;
- w) Regime Financeiro de Repartição Simples:** a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período;
- x) Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, que não serão cobertos pelo seguro;
- y) Segurado:** pessoa física sobre a qual se estabelecerá o seguro;
- z) Segurado Principal:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e que subscreveu o seguro;
- aa) Seguradora:** é a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas condições gerais;
- bb) Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro;
- cc) Vigência da Cobertura:** é o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

4) COBERTURAS DO SEGURO

4.1 O seguro terá as seguintes coberturas, as quais poderão ser contratadas isoladamente:

- a) **Morte Acidental (MAC):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.
- b) **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

4.2 O cônjuge poderá ser incluído, de forma facultativa. O capital segurado será correspondente até a 100% do capital contratado para o segurado principal.

4.2.1 São equiparados aos cônjuges, as(os) companheiras(os) dos segurados principais, desde que haja concordância com a anotação feita na carteira profissional. Os segurados principais pertencentes a categorias profissionais para as quais não são expedidas carteiras profissionais poderão incluir no seguro as(os) companheiras(os), quando estas estiverem registradas de acordo com regulamentação própria.

4.2.2 Os cônjuges deverão estar enquadrados na limitação de idade prevista no item 8.1.

4.3 Na cobertura de morte acidental, o pagamento aos menores de 14 (quatorze) anos destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o translado;
- b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros;
- c) Será(ão) considerada(s) como beneficiária(s), a(s) pessoa(s) indicada(s) na nota fiscal do serviço de assistência funeral que tenha(m) arcado com as despesas para organização do funeral do segurado.

4.4 A cobertura de invalidez prevista no item 4.1 deverá ser avaliada após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e, se neste caso, for verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a tabela abaixo:

**TABELA PARA CÁLCULO
DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE**

Invalidez 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 um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Perda total de ambos os rins	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
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
	Mastectomia total de dois seios	20

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 radioulnares	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 tibioperoneiros	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 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 a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores - de 5 (cinco) centímetros ou mais	15

- de 4 (quatro) centímetros
- de 3 (três) centímetros
- menos de 3 (três) centímetros:

15
10
6
Sem
indenização

4.4.1 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 da percentagem de redução 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).

4.4.2 Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão ou atividade.

4.4.3 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.

4.4.4 Para efeito do percentual a ser definido para 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.

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

4.4.6 As coberturas de morte e invalidez permanente não se acumulam. Dessa forma, se depois de paga uma 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 da indenização por morte.

5) RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Estão expressamente excluídos da cobertura deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) 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;
- b) 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 das decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de prática, por parte do segurado, dos beneficiários ou pelo representante de um e de outro, de atos ilícitos dolosos ou por atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;

- d) de acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, tufões, ciclones, tornados, terremotos, deslizamentos de terra, maremotos, tsunamis, enchentes, inundações, erupções vulcânicas, ondas de calor e frio extremo, tempestades elétricas, tempestades de areia, secas severas, impacto de meteoros e tempestades solares;
- e) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente pessoal.

5.2 Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo a 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.

6) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1 As coberturas do seguro previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

7) CARÊNCIAS

7.1 Haverá carência de 24 (vinte e quatro) meses para o caso de suicídio ou sua tentativa, período este contado a partir do início de vigência ou de sua recondução depois de suspensa.

7.1.1 Caso ocorra a morte do segurado decorrente de suicídio durante o período de carência, serão devolvidos aos beneficiários os prêmios puros do seguro atualizados pela variação do índice do plano, apurado entre o último índice publicado antes da data do recebimento dos prêmios e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no item 13.1.

7.1.2 O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do seguro.

8) ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1 Poderão ser incluídos no seguro os proponentes com idade mínima de 16 anos e máxima de 85 anos, mediante assinatura e preenchimento completo da proposta de contratação, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

8.1.1 A análise do risco ocorrerá no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da proposta de adesão pela seguradora.

8.1.2 A seguradora poderá solicitar documentos complementares, para análise e aceitação do risco. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

8.1.3 Caso não haja manifestação contrária da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento da proposta de adesão, o seguro estará automaticamente aceito.

8.1.4 Caso haja recusa da proposta, a seguradora deverá enviar comunicação formal ao proponente, devidamente fundamentada na legislação e regulamentação aplicáveis. Considerar-se-á como data da recusa da proposta, para todos os efeitos legais, a data do recebimento da comunicação pelo segurado, conforme constante no aviso de recebimento.

8.1.5 Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, a seguradora restituirá o proponente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos contados da data da formalização da recusa. O proponente terá a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com o adiantamento do prêmio, por parte da seguradora, e a data da formalização de recusa, desde que observado o período de carência contratual. O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio pago deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado pela variação do índice do plano, apurado entre o último índice publicado antes da data do pagamento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição.

8.2 A emissão e o envio e/ou disponibilização ao segurado, por meio físico ou remoto, da apólice será feito em até 15 (quinze) dias a partir da data de aceitação da proposta.

9) VIGÊNCIA DA COBERTURA

9.1 Caso a proposta tenha sido recepcionada pela seguradora, antes do pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas do dia de pagamento do respectivo prêmio.

9.1.1 A proposta recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial do prêmio terá seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

10) VIGÊNCIA DO SEGURO

10.1 O prazo de vigência deste seguro é vitalício.

11) CAPITAL SEGURADO

11.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, em todas as coberturas deste seguro, a data

do acidente.

11.2 O capital segurado relativo à cobertura de invalidez por acidente será reintegrado de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

12) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

12.1 Nos casos de pagamento por desconto folha, o valor do prêmio e dos capitais segurados será atualizado anualmente, no mês de maio pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado nos 12 meses que antecedem ao mês de abril.

Parágrafo único. A primeira atualização observará o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a subscrição.

12.2 Nos demais casos, onde o pagamento não se der por desconto em folha, os valores dos prêmios e dos capitais segurados serão atualizados anualmente, no mês de aniversário da contratação do seguro, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado nos 12 meses que antecedem o mês anterior ao de aniversário da contratação.

12.3 Além da atualização monetária, o valor dos prêmios sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de idade do segurado e consequente aumento de risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do plano, na forma da lei.

12.3.1 O acréscimo em decorrência da mudança de idade será realizado nas datas previstas nos itens 12.1 e 12.2, conforme a forma de pagamento escolhida pelo segurado.

12.3.2 O novo prêmio do seguro será o resultado da multiplicação do prêmio atualizado monetariamente pelo fator de reajuste, conforme idade atingida na tabela abaixo. Esta condição será aplicada para todos os segurados que aderirem ao seguro.

Idades	Fator de reajuste	
	MAC	IPA
até 55 anos	1,0000000	1,0000000
56 anos	1,4020619	1,0000000
57 até 65 anos	1,0000000	1,0000000
66 anos	1,2500000	1,0000000
acima de 66 anos	1,0000000	1,0000000

13) APlicabilidade de Mora

13.1 Os valores relativos às obrigações pecuniárias da seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 1% ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no item 17.2, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

Parágrafo único. Para este plano não será adotada multa.

14) PAGAMENTO DE PRÊMIO

14.1 Os prêmios serão pagos mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, de acordo com o estabelecido na proposta de contratação.

14.2 Os prêmios serão pagos pelo segurado por um dos meios de cobrança disponibilizados pela seguradora.

14.2.1 Caso a data para pagamento do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

14.2.2 Caso a forma de pagamento seja o desconto em folha, a ausência de repasse a seguradora de prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar prejuízo aos segurados, no que se refere às coberturas previstas neste plano.

15) CONDIÇÕES PARA MANUTENÇÃO E CANCELAMENTO DAS COBERTURAS

15.1 Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, as coberturas deste seguro estarão suspensas a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir à cobrança, ficando o segurado ou o beneficiário sem direito a receber indenização referente a qualquer cobertura contratada no caso de ocorrência do sinistro.

15.1.1 O segurado poderá ter a cobertura reabilitada no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de vencimento do primeiro prêmio devido e não pago, mediante quitação do prêmio do risco a decorrer e, as coberturas serão restabelecidas 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.

15.1.2 Durante a vigência do contrato, a cobertura somente poderá ser suspensa por 3 (três) vezes, sendo passível de cancelamento.

15.1.3 O período em que a cobertura estiver suspensa não será considerado para efeito de cumprimento do período de carência, sendo retomada a contagem deste no momento da reabilitação da cobertura.

15.2 No caso do prêmio pago mensalmente, a falta de pagamento de 3 (três) parcelas, consecutivas e, depois de transcorrido o prazo de 60 (sessenta) dias, a

contar da data de vencimento da primeira parcela de prêmio devida e não paga, acarretará o cancelamento do seguro, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos.

15.2.1 Para os prêmios pagos trimestralmente, semestralmente ou anualmente, o cancelamento do seguro ocorrerá depois de transcorrido o prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data do vencimento de uma parcela de prêmio devida e não paga, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos.

15.2.2 A falta de pagamento de 3 (três) parcelas não consecutivas, para a periodicidade de pagamento mensal, também acarretará o cancelamento do seguro, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos.

15.2.3 A seguradora notificará o segurado com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias antes do término do prazo previsto nos itens 15.2 e 15.2.1, advertindo-o quanto à necessidade de quitação dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do seguro.

15.3 No caso de pedido de cancelamento do plano de seguro cujos prêmios foram pagos trimestralmente, semestralmente ou anualmente, o segurado permanecerá coberto pelo período correspondente ao risco ainda a decorrer, em função do prazo a que se refere o prêmio já pago.

15.4 O seguro será cancelado ainda:

- a) com a solicitação do segurado;**
- b) com a morte do segurado; e**
- c) a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes.**

15.5 Depois de paga a indenização por invalidez total e permanente por acidente, o seguro estará automaticamente cancelado.

15.6 No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

15.7 O segurado é obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto.

15.7.1 A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso da agravamento do risco, poderá dar ciência ao segurado, por meio de comunicação formal, de sua decisão de cancelar o contrato, restringir coberturas ou cobrar diferença de prêmio.

15.7.2 O cancelamento só será eficaz trinta dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a

decorrer.

16) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

16.1 O segurado perderá o direito à indenização, caso haja por parte dele, seus prepostos ou seus beneficiários:

- a) inexactidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da proposta de contratação que tenham influenciado na aceitação do seguro, observado o disposto no parágrafo único;
- b) inobservância das obrigações convencionadas na apólice; ou
- c) fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências.

Parágrafo único. Se a inexactidão 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) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzida do valor a ser indenizado e/ou restringir os termos e condições da cobertura contratada.

III. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado:

- a) cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

17) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

17.1 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado ou seus beneficiários deverão comunicar o sinistro à Seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, por meio da entrega dos documentos listados abaixo:

I. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

- b) cópia da carteira de identidade e CPF ou CNH;
- c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- e) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- f) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;
- g) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- h) cópia autenticada do laudo da perícia técnica do local do acidente, se houver;
- i) Cópia da certidão de casamento com averbação do óbito;
- j) Prontuário do atendimento médico.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- a) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido e assinado por um meio idôneo;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF ou CNH;
- c) cópia do comprovante de residência, expedido nos últimos 180 dias;
- d) cópia autenticada da certidão de casamento ou declaração de união estável;
- e) declaração de nascimento, no caso de filho;
- f) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes; e
- g) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes.

II. EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

- a) cópia da carteira de identidade com foto e CPF ou CNH;
- b) cópia do comprovante de residência, expedido nos últimos 180 dias;
- c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido e assinado por um meio idôneo;
- d) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido e assinado por um meio idôneo;
- e) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido e assinado por um meio idôneo;
- f) Formulário Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido e assinado por um meio idôneo;
- g) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;
- h) radiografias, se houver;
- i) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- j) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado; e

- k) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- l) cópia autenticada do laudo da perícia técnica do local do acidente, se houver.

17.2 A partir da entrega de toda documentação exigida pela seguradora, esta terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

17.3 É facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração do sinistro.

17.3.1 A contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa a partir da data da solicitação dos documentos e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

17.4 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade/invalidez do segurado, a sociedade seguradora deverá propor formalmente ao segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

17.4.1 A junta médica de que trata o caput deste item será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

17.5 A indenização devida e não paga, no prazo disposto no item 17.2, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo índice estabelecido nessas condições gerais.

17.5.1 A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no item 13.1.

17.6 Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado ou beneficiário deverá ser comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento dentro do prazo de 30 (trinta) dias a partir da entrega de toda documentação exigida pela seguradora.

18) BENEFICIÁRIOS

18.1 O(s) beneficiário(s) serão designados pelo segurado na proposta de contratação, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação

formal.

18.1.1 Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

18.1.2 Na falta de beneficiário indicado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida à ordem de vocação hereditária, sendo ainda observado o disposto na Legislação Específica. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

18.2 Em caso de falecimento de um dos beneficiários indicados no bilhete de seguro antes do óbito do segurado (premoriência), e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com a distribuição do capital segurado destinado ao beneficiário pré-morto entre os demais beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pelo segurado a cada um, de forma a preservar a manifestação de vontade do segurado.

18.2.1 No caso de morte do cônjuge como segurado, o beneficiário será o segurado principal.

18.2.2 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do segurado dependente, as indenizações referentes à cobertura do segurado principal e dependente deverão ser pagas aos respectivos beneficiários indicados, ou na ausência destes, conforme determinado pela legislação vigente à época do sinistro.

18.3 No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente o próprio segurado será o beneficiário.

19) DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1 As condições contratuais deste seguro encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da Apólice/Proposta/Certificado e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br

19.2 No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará os procedimentos determinados pela legislação pertinente ou pelos órgãos públicos competentes.

19.3 O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios e/ou indenizações deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

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

19.5 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.

19.6 O Sicoob Seguradora de Vida e Previdência S.A. se preocupa com a privacidade e a proteção dos dados pessoais de seus clientes, cumprindo todas as legislações aplicáveis, em especial, a Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados). Caso o titular dos dados pessoais tenha interesse em obter mais informações sobre como os seus dados serão tratados pelo Sicoob Seguradora, ele poderá consultar nossa Política de Privacidade, disponível em <https://www.sicoob.com.br/web/sicoob/lgpd-privacidade>

20) FORO

20.1 As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo único. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no caput.

21) PRESCRIÇÃO

21.1 **Os prazos prescricionais são aqueles previstos em lei.**



Central de Atendimento Sicoob (atendimento 24 horas): 4000 1111 (capitais e regiões metropolitanas) – 0800 642 0000 (demais localidades)
Ouvidoria (de segunda a sexta, das 8h às 20h): 0800 725 0996 – 0800 940 0458 (deficientes auditivos ou de fala) – ouvidoriasicoob.com.br