



SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Processo de Aprovação SUSEP 10.004808/99-14

1 - OBJETIVO DO SEGURO

O presente Seguro, regido por estas Condições Gerais, Condições Especiais e Condições Contratuais expressamente convencionadas, tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) quanto às garantias básicas e adicionais contratadas, até o limite do capital segurado, em decorrência dos riscos cobertos.

2 - GARANTIAS DO SEGURO

Morte Acidental (MA)- Garante o pagamento do capital segurado, pela morte do Segurado em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do Seguro.

Invalidez Permanente por Acidente (IPA)- Garante o pagamento de uma indenização até o limite do capital segurado, relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do Seguro.

3 - RISCOS COBERTOS

O Segurado estará coberto dos seguintes riscos na vigência do Seguro:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa;
- b) acidente pessoal;
- c) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicação deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- d) atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- e) choque elétrico e raio;
- f) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- g) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- h) queda n' água ou afogamento.

Incluem-se no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

- a) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando o Segurado ficar sujeito a elas em decorrência de acidente coberto;
- b) sequestros e suas tentativas;
- c) escapamento acidental de gases e vapores;
- d) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática acidental, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas; e

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

3.1 Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para fins deste Seguro:

a) as doenças (incluídas as profissionais) qualquer que seja a sua causa, ainda que provocada, desencadeada ou agravada, direta ou indiretamente por acidente inclusive a decorrente de contaminação radioativa ou de exposição a qualquer tipo de radiação, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente;

b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamento clínico ou cirúrgico quando não decorrentes de acidente coberto;

c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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;

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de Previdência ou assemelhadas, como “*invalidez acidentária*”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

4 - RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos da cobertura do Seguro os riscos decorrentes:

a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação 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 de ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) de furacão, ciclone, terremoto, maremoto, erupção vulcânica e outras convulsões da natureza;

d) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro ou ainda, quando seguro contratado por pessoa jurídica, por seus sócios controladores, dirigentes e administradores;

e) de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;

f) direta ou indiretamente de ato terrorista, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente.

g) de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;

h) do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspenso;

i) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;

j) de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;

k) de qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível; e

l) de perturbações e intoxicações alimentares de qualquer-espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

5 - CARÊNCIA

5.1 Não haverá período de carência para os eventos decorrentes de acidentes pessoais.

5.2 No caso de suicídio ou tentativa de suicídio nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos, contados da data de início de vigência da cobertura individual, ou de sua recondução depois de suspenso, não será devido o capital segurado, conforme previsto no artigo 798 da Lei 10.406 de 10/01/02.

5.3 Caso o Grupo Segurado seja transferido de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às garantias e respectivos valores já contratados.

5.4 O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido no subitem 5.2.

6 - ACEITAÇÃO DO SEGURO

6.1 A aceitação da Proposta de Contratação será automática, caso não haja manifestação em contrário por parte da Seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir da data do registro de recebimento por parte da Companhia.

6.1.1 No caso de não aceitação da Proposta de Contratação, no prazo definido no subitem 6.1, a Seguradora procederá, ao Estipulante, à comunicação formal justificando a recusa.

6.1.2 O prazo para manifestação definido no subitem 6.1 se aplica também para os casos de renovações e para alterações que impliquem na modificação do risco.

6.2 A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta de contratação, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. 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.

6.3 A Seguradora em qualquer época poderá exigir do Estipulante a comprovação de todas as informações ou dados.

6.4 Poderão ser admitidas no Seguro as pessoas físicas com idade máxima definida nas Condições Contratuais, em boas condições de saúde e que atenderem aos critérios de análise e aceitação do risco da Seguradora na data da assinatura da Proposta de Adesão

6.4.1 A adesão ao Seguro somente será feita mediante Proposta de Adesão assinada pelo Proponente.

6.4.2 Na Proposta de Adesão constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

6.4.3 O proponente obriga-se a declarar, na Proposta de Adesão, as doenças, lesões ou sequelas físicas de que seja portador.

6.4.4 Para aceitação da Proposta de Adesão, a Seguradora poderá exigir comprovação de renda e/ou provas de saúde, tais como declaração complementar de saúde e/ou de atividade laborativa, relatório médico, exames específicos e perícia médica.

6.5 A aceitação da Proposta de Adesão será automática, caso não haja manifestação em contrário por parte da Seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir da data do registro de recebimento por parte da Companhia.

6.6 A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. 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.

6.7 A Seguradora reserva-se o direito de não aceitar a inclusão de proponente com Proposta de Adesão mal preenchida, com rasuras ou com declaração de saúde incompleta ou que comprometa a taxaço do seguro.

6.8 A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada pela Seguradora por escrito ao proponente, fundamentada na legislação vigente, com a consequente devolução dos valores já pagos, atualizados monetariamente da data do pagamento até a data da efetiva restituição pelo Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV, correspondente ao período entre a data do pagamento do prêmio e a data da efetiva restituição, acrescido de juros de 6% (seis por cento) ao ano a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo definido no item 6.5, considerada a suspensão quando houver. No caso de recusa de risco, o valor pago a título de prêmio deverá ser restituído ao Segurado, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a contar da formalização da recusa pela Seguradora.

6.9 Aceito a Proposta de Adesão, a Seguradora expedirá o respectivo Certificado Individual do Seguro.

6.10 É obrigatória a emissão e posterior envio do Certificado Individual, no início de vigência do contrato de seguro respectivo e em cada uma das renovações subsequentes.

6.11 É nula de pleno direito a inscrição do interessado que prestar declarações falsas, errôneas ou incompletas na Proposta de Adesão, adulterando ou omitindo circunstâncias que possam influenciar a avaliação do risco e na sua aceitação pela Seguradora.

6.12 A nulidade da inscrição, em razão das causas mencionadas no item 6.11, acarretará a perda de todos os direitos relativos ao Seguro, bem como dos valores correspondentes a prêmios pagos, nos termos do Artigo 766 da Lei n.º 10.406 de 10/01/02.

6.13 A Seguradora em qualquer época poderá exigir do Segurado Principal ou de seu(s) Segurado(s) Dependente(s) a comprovação de todas as informações ou dados por estes fornecidos.

6.14 A inclusão dos componentes principais far-se-á da seguinte forma

- a) Automática – quando o Seguro abranger todos os componentes principais;
- b) Facultativa – quando o Seguro abranger somente os componentes principais que autorizarem sua inclusão, ou, cuja cobertura seja contratada por conta e ordem do Estipulante.

6.15 A inclusão do componente dependente far-se-á da seguinte forma:

- a) Automática – quando o seguro abranger exclusiva e compulsoriamente todos os cônjuges, ou companheiras(os) dos componentes principais.
- b) Facultativa – quando somente por autorização do componente principal, o Seguro abranger os componentes dependentes supramencionados.

6.16 As obrigações da Seguradora decorrentes da cobertura contratada, somente serão exigíveis após a aceitação da respectiva Proposta de Adesão e quitação, antes da ocorrência do evento coberto, do(s) prêmio(s) devido(s), observado o período de carência.

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

7 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1 O evento coberto pelo Seguro deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, ou pelo Segurado, ou ainda pelo(s) Beneficiário(s), no formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada, ou telegrama dirigido à Seguradora.

7.2 A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera a obrigação de apresentar o formulário "AVISO DE SINISTRO", preenchido e assinado pelo Segurado ou Beneficiário (conforme o caso) ou seu representante legal.

7.3 Qualquer indenização somente passa a ser devida após o pagamento do prêmio mensal, que deve ser feito no máximo até a data prevista no respectivo documento de cobrança e do recebimento pela Seguradora da documentação completa exigível para regulação do sinistro, relacionada nas Condições Especiais do Seguro.

7.4 Para recebimento da indenização das garantias contratadas, o Segurado ou Beneficiário deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias relacionadas com ele, ficando facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

7.5 O Segurado acidentado deverá recorrer, imediatamente, às suas custas, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

7.6 As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente por Acidente verificar-se a morte do Segurado dentro de 1 (um) ano a contar da data do evento e em decorrência do mesmo, a Seguradora pagará a indenização devida pela Morte por Acidente, deduzida a importância já paga pela Invalidez Permanente. Entretanto, se a indenização já paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte, não será exigida a devolução da diferença.

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

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

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

7.8 A partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação exigível para regulação do sinistro em cada garantia, relacionada nas Condições Especiais, contar-se-á o prazo para o pagamento da indenização de no máximo 30 (trinta) dias, não sendo seu valor atualizado na hipótese da Seguradora cumprir o referido prazo.

7.9 Em caso de dúvida fundada e justificável para a comprovação do evento gerador, da habilitação do(s) Beneficiário(s), ou da quitação do último prêmio antes da ocorrência do fato gerador, a Seguradora poderá exigir do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) outros documentos além dos previstos nas Condições Especiais, ficando suspensa a contagem do prazo para liquidação do sinistro, que só voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas às exigências.

7.10 Transcorrido o prazo a que se referem os subitens 7.8 e 7.9 sem que tenha sido paga a indenização, o valor do capital segurado da garantia será atualizado monetariamente pelo Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV acrescido de juros moratórios a taxa de 6% (seis por cento) ao ano, a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

7.10.1 O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do Contrato.

7.11 A atualização a que se refere o subitem 7.10 será efetuada com base na variação positiva do índice estabelecido no plano, apurada entre o último índice publicado antes da data de ocorrência do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

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

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

7.14 Os prazos prescricionais para toda e qualquer pretensão do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) contra a Seguradora e vice-versa são aqueles determinados na Lei 10.406 de 10/01/02.

7.15 A Seguradora deverá em caso de divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza, causa ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da contestação, a constituição da junta médica. Esta junta médica deverá ser constituída de 3 (três) membros, sendo: um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro será paga por ambos, em partes iguais. O prazo para constituição da junta será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

7.16 As indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único.

8 - PERDA DE DIREITO

8.1 A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no Seguro, caso haja por parte do Segurado, seu(s) preposto(s) ou Beneficiário(s):

- a) inobservância das obrigações convencionadas que acarretem agravação do risco coberto; ou
- b) fraude ou tentativa de fraude, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando as suas consequências.

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

8.3 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

8.3.1 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.

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

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

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

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

8.4 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

8.4.1 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

8.4.2 O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1- A garantia de Morte Acidental, regida por estas Condições Especiais e pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, expressamente convencionadas, tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado, ao(s) beneficiário(s) do Segurado, pela morte deste em decorrência de acidente pessoal coberto.

2- A indenização por morte acidental do Segurado Dependente é devida ao Segurado Principal.

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

- a) **Aviso de Sinistro e Requerimento preenchidos pelo(s) beneficiário(s);**
- b) **Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF do Segurado;**
- c) **Cópia autenticada da certidão de óbito;**
- d) **Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal ou laudo de exame cadavérico;**
- e) **Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado;**
- f) **Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF, comprovante de conta bancária e de residência do(s) beneficiário(s) maior(es);**
- g) **Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF ou da Certidão de Nascimento, e comprovante de residência do(s) beneficiário(s) menor(es);**
- h) **Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro.**

4- A garantia de Morte Acidental, nos seguros de componentes dependentes menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da MBM Seguradora S.A., por outros comprovantes satisfatórios.

4.1- Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado.

4.2- **Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)

1- A garantia de Invalidez Permanente por Acidente, regida por estas Condições Especiais e pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, garante o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do Seguro.

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

2.1- Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

2.2- Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo médio ou mínimo, a indenização será calculada na base das percentagens de 75%, (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

2.3- Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

2.4- 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).

2.5- Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a indenização prevista para sua perda total.

2.6- 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 invalidez definitiva.

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

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

- a)** Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado;
- b)** Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF e cópia simples do comprovante da conta bancária e comprovante de residência do Segurado;
- c)** Formulário de IPA (Invalidez Permanente por Acidente), preenchido pelo Segurado e Médico Assistente;
- d)** Laudo médico ou da Previdência Social que ateste a invalidez permanente do Segurado;
- e)** Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado; e
- f)** Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro.

3- A Seguradora deverá em caso de divergências e dúvida de natureza médica, relacionadas com a natureza, causa ou extensão das lesões ou doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da contestação, a constituição da junta médica. Esta junta médica deverá ser constituída de 3 (três) membros, sendo: um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro será paga por ambos, em partes iguais. O prazo para constituição da junta será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

4- A invalidez permanente prevista nestas condições deve ser comprovada através de declaração médica.

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

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

6- Após cada acidente, haverá reintegração total do capital segurado desta garantia.

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e 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
	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 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 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	10
	- de 3 (três) centímetros	6
	- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	