

Seguro Acidentes Pessoais



now. seguros

Canais de Atendimento
www.nowseguros.seg.br

Contatos Now Seguros

0800 111 9144 (WhatsApp)

0800 773 7682 (Exclusivo para portadores de limitação auditiva e de fala)

Assistência Funeral

0800 703 5567

0800 770 1218 (Exclusivo para portadores de limitação auditiva e de fala)

Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) – 24 horas

sac@nowseguros.seg.br

Ouvidoria

ouvidoria@nowseguros.seg.br



I. DISPOSIÇÕES GERAIS	5
1. Informações Preliminares.....	5
II. CONDIÇÕES GERAIS	5
1. Apresentação.....	5
2. Definições	6
3. Âmbito Geográfico	11
4. Objetivo do Segurado.....	11
5. Público-Alvo.....	11
6. Coberturas do Seguro	11
7. Riscos/Eventos Cobertos.....	12
8. Riscos/Eventos Excluídos	12
9. Contratação e Pagamento do Seguro	14
10. Vigência (Início e Término da Cobertura).....	15
11. Limites/Capital Segurado	16
12. Cancelamento do Seguro	16
13. Franquia	17
14. Carência.....	17
15. Procedimento e Caso de Sinistro	17
16. Liquidação de Sinistro	21
17. Junta Médica	23
18. Perícia da Seguradora	23
19. Cláusula Beneficiária	24
20. Comunicações.....	24
21. Perda de Direitos.....	25
22. Prescrição.....	26
23. Legislação e Foro	26
24. Arbitragem	26



25	Cláusula Específica de Arbitragem	27
26	Cláusula Específica de Embargos e Sanções	27
27	Canal de Distribuição	28
28	Ouvidoria	28
III. CONDIÇÕES ESPECIAIS		30
COBERTURA BÁSICA 1 - MORTE ACIDENTAL (MA)		30
COBERTURA BÁSICA 2 - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)		32
IV. COBERTURAS ADICIONAIS		37
DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR MOTIVO DE ACIDENTE (DMHO)		37
DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIAS POR ACIDENTE (DIT-ACIDENTE)		40



I. Disposições Gerais

1. Informações Preliminares

1.1. O registro deste produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

1.2. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do Corretor de Seguros e da Sociedade Seguradora no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

1.3. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.

1.4. As Condições Contratuais/Regulamento deste produto encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número de processo constante do Bilhete/Proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

1.5. Todos os valores constantes dos documentos que integram este Contrato de Seguro deverão ser expressos em moeda corrente nacional, vedada a utilização de unidade monetária de qualquer outra natureza.

1.6. Nos termos dos artigos 21, inciso III, e 34 da Circular SUSEP nº 598/2020, este produto é comercializado mediante a concessão à Seguradora de autorização em caráter experimental (Sandbox Regulatório), tendo sido dispensado de determinados requisitos regulatórios.

II. Condições Gerais

1. Apresentação

1.1 Apresentamos a seguir as Condições do Bilhete de Seguro Individual de Acidentes Pessoais que estabelecem as normas de funcionamento das garantias contratadas.

1.2 Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas somente as Condições correspondentes às garantias aqui previstas e discriminadas, desprezando-se quaisquer outras.

1.3 Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições Contratuais, bem como no Bilhete de Seguro, serão aplicadas as leis que regulamentam os Seguros no Brasil.



2. Definições

Para efeito das disposições deste Bilhete ficam convencionadas as seguintes definições:

Aceitação: Ato de aprovação, pela Seguradora, da proposta a ela submetida para a contratação do Seguro.

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

a) Incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor (artigo 798 do Código Civil brasileiro - determina que o beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o Segurado se suicida nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso);

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativa de sequestros;

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se desse conceito:

b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) 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 Contínuo 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;

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como sendo "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre



integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definida nestas Condições Contratuais.

Aviso de Sinistro: Comunicação da ocorrência de sinistro, ou de evento que possa resultar em tal, que o Segurado ou beneficiário é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tiver conhecimento.

Beneficiário: Pessoa física ou jurídica que recebe a indenização prevista em caso de ocorrência de sinistro coberto.

Boa Fé: Indispensável que haja confiança mútua entre todas as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao Contrato de Seguro.

Bilhete: 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, conforme estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data de ocorrência de evento coberto pelo Bilhete de Seguro.

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.

Cobertura: Obrigação que a Seguradora assume com o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto pelo Bilhete de Seguro.

Coberturas Obrigatórias: Conjunto de coberturas que deverão ser necessariamente contratadas em todos os Seguros, de forma conjunta.

Condições Gerais: Conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de Seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

Comunicações: As comunicações entre Segurado e Seguradora serão válidas quando feitas por meios físicos ou remotos. As comunicações feitas à Seguradora por um Corretor de Seguros, em nome do Segurado, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este.



Condição Preexistente: Condição para a qual os sintomas sejam de conhecimento do Segurado na data da contratação do Seguro, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares ou por exames diagnósticos comprobatórios, e não declarada na proposta de adesão.

Contrato: Instrumento jurídico firmado entre o Segurado e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do Seguro e fixa os direitos e obrigações, da Seguradora, do Segurado e dos beneficiários.

Corretor de Seguros: Pessoa física ou jurídica legalmente autorizada a angariar e promover contratos de Seguro.

Declaração Médica: Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente do Segurado ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Dependentes: São o cônjuge ou companheiro (a), os filhos, os enteados, desde que sejam menores e considerados dependentes do Segurado, de acordo com a legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, quando incluídos no Seguro e desde que não estejam relacionados com o Segurados.

Doenças, Lesões ou Acidentes Preexistentes: É a doença, lesão, sintomas ou sinais de conhecimento do Segurado, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares ou por exames diagnósticos comprobatórios, inclusive as congênitas e as lesões decorrente de acidentes pessoais sofridos antes da adesão ao Seguro, e não declarada na proposta de adesão ou no momento da contratação do Seguro.

Dolo: Ato intencional e consciente com a finalidade de conseguir vantagem proibida em lei (ilícita) em proveito próprio ou alheio.

Endosso: Documento expedido pela Seguradora, durante a vigência do contrato, pelo qual esta e o Segurado acordam quanto à alteração de dados do Bilhete, que modificam as Condições ou o Objeto do Seguro.

Evento Coberto: É o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do Seguro e previsto nas Condições Gerais.

Evento Não Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, porém não passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas nas Condições Gerais.

Franquia: Valor definido no Bilhete de Seguro pelo qual o Segurado fica responsável a cada sinistro. Em caso de sinistro, a Seguradora responderá somente pelo que exceder ao valor



da franquia, observado o Limite Máximo de Indenização e de Garantia. A franquia é deduzida por cada evento.

Indenização: Valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência de um evento coberto, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: é o dano físico irreversível do Segurado, decorrente da perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão, consequente de acidente pessoal coberto.

Início de Vigência: Data a partir da qual as coberturas propostas serão garantidas pela Seguradora.

Laudo Médico: Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, sobre as condições físicas e de saúde do Segurado.

Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver afastado de suas atividades laborativas por motivo de Acidente Pessoal, a contar do primeiro dia após o término do período de Franquia.

Limite Máximo de Indenização: É o valor em reais (R\$) fixado para cada cobertura contratada, e representa o valor máximo a ser pago pela Seguradora em decorrência de um determinado evento, ou série de eventos ocorridos na vigência do Seguro.

Médico ou Médico Assistente: Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que esteja assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. Não serão aceitos como médicos o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Meios Remotos: São aqueles que permitem a troca de e/ou o acesso à informação e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

Paralisia: Perda total, irreversível e permanente da função de 2 (dois) ou mais membros como resultado de lesão ou doença medular.

Período de Cobertura: Aquele durante o qual o Segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos Capitais Segurados contratados.



Prêmio: É o preço do Seguro, ou seja, é o valor que o Segurado paga à Seguradora para que esta assuma os riscos cobertos pelo Seguro.

Prontuário Médico: é a união de todos os documentos que registram procedimentos, exames, condições físicas e demais informações do paciente.

Proponente: Pessoa física interessada em contratar o Seguro, e que passará à condição de Segurado somente após a emissão do Bilhete, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

Quebra de Ossos: Situação em que há perda da continuidade óssea, geralmente com separação de um osso em dois ou mais fragmentos, após um dos traumatismos.

Risco Coberto: Risco amparado pelo Bilhete de Seguro, e em consonância com todas as suas cláusulas.

Riscos/Eventos Excluídos: Eventos preestabelecidos nas Condições Gerais e Especiais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento relativo a estes eventos.

SANDBOX: Ambiente experimental criado e supervisionado pela SUSEP pelo qual as empresas com projeto inovador, selecionadas, são autorizadas a operar temporariamente como sociedades Seguradoras, com a aplicação de normas regulatórias específicas.

Segurado: Pessoa física que contrata o Bilhete em seu benefício e/ou de terceiros.

Seguradora: Empresa legalmente constituída para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos Contratos de Seguro, e responsável pelo pagamento da cobertura nos termos contratados.

Sinistro/Evento Coberto: Ocorrência de acontecimentos de natureza súbita, involuntária e imprevista, ocorrido durante a vigência do Seguro e previsto nestas Condições Contratuais.

SUSEP: Superintendência de Seguros Privados. Autarquia federal responsável pela fiscalização, normatização e controle do mercado de Seguros, Previdência Complementar Aberta, Capitalização, Resseguro e Corretagem de Seguros.

Vigência: Período de tempo fixado para validade do Seguro.



3. Âmbito Geográfico

3.1 As coberturas deste Contrato de Seguro são válidas, exclusivamente, em todo o território nacional.

4. Objetivo do Segurado

4.1 Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao próprio Segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), na ocorrência de um dos eventos amparados pelas coberturas contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as Condições Contratuais.

5. Público-Alvo

Poderão contratar este plano de seguro as pessoas que, preferencialmente, atenderem as condições abaixo:

Pessoas físicas que tenham idade mínima de 18 (dezoito) anos e no máximo até 70 anos (setenta), 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade, na data da contratação da Apólice ou do Bilhete de Seguro;
Ser residente no Brasil.

Este plano de Seguro poderá ser disponibilizado para comercialização por intermédio de corretor e/ou correspondente de Seguros e/ou representantes de Seguros

6. Coberturas do Seguro

6.1. As Coberturas oferecidas por este Seguro estão descritas a seguir.

6.1.1. Coberturas Básicas (Contratação Obrigatória):

- a) Morte Acidental;
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

6.1.2. Coberturas Opcionais (Contratação Facultativa pelo Segurado, não podendo ser contratadas de forma isolada da cobertura básica):

- a) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por motivo de Acidente.
- b) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente

6.2. O Segurado deverá contratar pelo menos uma das Coberturas Básicas,



6.3. Nenhuma das coberturas opcionais poderá ser contratada isoladamente da cobertura básica.

6.4. As coberturas poderão ser conjugadas livremente pela Seguradora, por meio de planos de comercialização, desde que respeitados os itens 5.2 e 5.3.

7. Riscos/Eventos Cobertos

7.1. Este seguro oferece cobertura para os riscos definidos como cobertos destas Condições Gerais e das Condições Especiais, que fazem parte integrante e inseparável do Contrato de Seguro.

8. Riscos/Eventos Excluídos

8.1 Além dos riscos/eventos excluídos especificamente descritos em cada Cobertura, este Seguro não cobre os eventos ocorridos em consequência de:

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

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

c) Doenças, ou lesão, acidente ou condição de conhecimento do Segurado e não declaradas à Seguradora, que contribuam na caracterização de um evento previsto nestas Condições Contratuais;

d) Acidentes sofridos antes do início de vigência do Seguro, ainda que suas consequências e/ou efeitos se manifestem durante a vigência do Seguro;

e) Mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;

f) Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme consta da Cláusula Definições destas Condições Contratuais;



g) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;

h) Perda de dentes e danos estéticos;

i) Viagens, como passageiro ou tripulante, em aeronaves ou embarcações que não possuam, em vigor, autorização das autoridades competentes para voar ou navegar;

8.2 Este Seguro também não cobre e a Seguradora não indenizará:

Na hipótese de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas por Acidente e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente, os eventos decorrentes de:

a) Doenças, quaisquer que sejam suas causas;

b) Complicações decorrentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c) 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 decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Direção de veículos automotores e aeronaves sem a devida habilitação legal.

8.2.1 Em qualquer das coberturas:

a) Se houver descumprimento de obrigações prevista em lei ou contrato.

b) Se for verificada inexatidão ou omissão nas declarações do Seguro que possa influir na aceitação do Seguro ou precificação do risco, ressalvados os casos em que não haja má-fé;

8.2.2 Os eventos ocorridos em consequência de:

a) Ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;



b) Atos ilícitos dolosos ou contrários à lei praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro; nos Seguros contratados por pessoa jurídica, são excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes;

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

d) 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;

e) Suicídio ou tentativa de suicídio cometido nos primeiros 2 anos, ininterruptos, de vigência do contrato ou de sua recondução, depois de suspenso;

f) Epidemias ou pandemias declaradas pelo órgão competente ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;

9. Contratação e Pagamento do Seguro

9.1 A contratação do Bilhete de Seguro dar-se-á somente por meios remotos, entendendo-se como tal aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistema de comunicação por satélite, entre outras.

9.2 O Segurado poderá desistir do Seguro com a devolução integral dos valores pagos no prazo máximo de sete dias contados da data do pagamento do prêmio, mediante manifestação através do mesmo meio remoto utilizado para contratação.

9.3 A cobertura do Bilhete de Seguro é mensal e permanecerá válida a cada mês subsequente, enquanto o pagamento continuar sendo realizado mensalmente pelo Segurado nas datas convencionadas.

9.4 Os prêmios mensais deverão ser pagos pelo Segurado por meio de cartão de crédito. Em situações excepcionais, por decisão do cliente e falta de interesse ou disponibilidade de cartão de crédito, o prêmio poderá ser recebido contemplando o total de meses de



interesse do cliente por outro mecanismo de recebimento, a exemplo de PIX, boleto bancário ou débito em conta, conforme indicado no Bilhete de Seguro.

9.5 Qualquer indenização por força deste Seguro somente passa a ser devida, depois que o pagamento do prêmio referente ao mês de cobertura houver sido realizado pelo Segurado, o que deve ser feito, no máximo, até a data convencionada para este fim.

9.6 O não pagamento do prêmio na data convencionada implicará na suspensão automática da cobertura securitária, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, estando este Bilhete sujeito ao cancelamento após trinta dias de inadimplência.

9.7 A Seguradora deverá informar ao Segurado ou a seu representante, por meios remotos, a respeito da inadimplência previamente ao efetivo cancelamento.

9.8 Caso a parcela vencida (monetariamente corrigida) venha a ser paga, ficará automaticamente restaurada a vigência original contratada.

9.9 Na hipótese de recebimento indevido de prêmio, o valor a ser restituído ao Segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE, calculada entre o último índice publicado antes da data do recebimento do prêmio, e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva devolução.

10. Vigência (Início e Término da Cobertura)

10.1 A contratação deste seguro será formalizada por meio da emissão do Bilhete de Seguro.

10.2 O Bilhete de Seguro terá vigência máxima até 16 de dezembro de 2025, sendo seu início de vigência às 24 horas da data nele indicada.

10.2.1 Ao final do período de vigência indicado na Cláusula 10.2 acima, não haverá renovação automática.

10.3 A renovação das coberturas contratadas dentro do período de vigência do Bilhete de Seguro ocorrerá em formato de assinatura mensal nos mesmos parâmetros da primeira contratação, mediante pagamento de prêmio pelo Segurado.

10.3.1 O não pagamento do prêmio mensal resultará no cancelamento imediato do Bilhete



de Seguro e suas respectivas coberturas.

10.3.2 O pagamento indicado na Cláusula 10.3 acima poderá ser realizado de forma recorrente pelo Segurado à Seguradora, sendo facultado ao Segurado, a qualquer tempo, o cancelamento do Seguro e respectivo encerramento do pagamento recorrente.

11. Limites/Capital Segurado

11.1 O Capital Segurado contratado para cada uma das Coberturas corresponderá ao valor Máximo de Indenização devida na ocorrência do Evento Coberto, respeitadas as Condições Contratuais e os Limites estabelecidos para cada Cobertura contratada, e que será estabelecido no Bilhete.

11.2. O Segurado, a qualquer tempo, poderá solicitar à Seguradora a emissão de endosso para alteração dos Limites dos Capitais estabelecidos no Bilhete, ficando à critério da Seguradora sua aceitação mediante o pagamento de prêmio adicional, se for o caso.

11.3. Quando previsto na respectiva Condição Especial da Cobertura contratada, haverá reintegração do Capital Segurado, de forma automática, após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

11.4. Todos os valores são expressos em moeda corrente nacional.

11.5. Os valores de Capital Segurado constarão da Apólice ou do Bilhete de Seguro, respeitando os limites máximos individuais vigentes nas normas que regulamentam o Edital Eletrônico No. 1 de 2020/SUSEP – Sandbox Regulatório.

12. Cancelamento do Seguro

12.1 O cancelamento deste Seguro, total ou parcial, somente ocorrerá na hipótese de inadimplência do pagamento do prêmio, ou ainda, em uma das situações previstas na Cláusula 21 - Perda de Direitos, destas Condições Gerais.

12.2 A rescisão total ou parcial deste Seguro poderá ser realizada a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes, sendo o Segurado mediante manifestação através do mesmo meio remoto utilizado para contratação, mas sempre com a concordância recíproca.



Ficando entendido e acordado entre as partes que o cancelamento será efetivado a partir do mês subsequente ao mês em que ocorreu a solicitação de cancelamento, prevalecendo a cobertura do Seguro até o final de vigência do último Bilhete quitado pelo Segurado.

12.3. Pelo pagamento da indenização por Morte.

12.4. Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, as coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas por Acidente e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente serão automaticamente canceladas.

13. Franquia

A franquia, quando aplicada, estará fixada no Bilhete de Seguro.

14. Carência

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

Para morte decorrente de acidentes pessoais não haverá prazo de carência.

15. Procedimento e Caso de Sinistro

15.1. Ocorrendo um evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado, beneficiário ou seu representante, conforme especificado nestas Condições Contratuais por meio da Central de Atendimento da Seguradora.

15.2. O Segurado ou beneficiário deverá atentar para a documentação mínima exigida e as documentações adicionais por evento acionado.

15.3. Para agilizar o atendimento e resguardar o cumprimento das obrigações do presente Contrato de Seguro, recomendamos ao beneficiário do Segurado ou ao próprio Segurado observar a relação mínima de documentos constantes destas Condições, que poderão ser solicitados, pela Seguradora em caso de evento coberto.

a) Do Segurado:



a.1) Formulário de aviso de sinistro (fornecido pela Seguradora) com autorização para crédito em conta Pessoa Física de titularidade do beneficiário/herdeiro legal;

a.2) Cópia do RG / CPF ou CNH do Segurado;

a.3) Certidão de Nascimento ou Casamento atualizada após o óbito, quando for o caso;

a.5) Comprovante de residência, exceto em caso de morte do Segurado.

b) Do(s) beneficiário(s):

b.1) Formulário de aviso de sinistro (fornecido pela Seguradora) com autorização para crédito em conta Pessoa Física de titularidade do beneficiário/herdeiro legal;

b.2) Declaração de herdeiros/companheira(o);

b.3) No caso de união estável, enviar cópia simples de dois dos documentos a seguir: comprovante de endereço em comum, certidão de nascimento dos filhos do casal, comprovante de dependente no Convênio Médico, comprovante de dependente no Imposto de Renda, comprovante de recebimento de pensão por morte expedida pelo INSS ou Registro de Dependência na Carteira Profissional;

b.4) Cópia do RG/CPF (inclusive para menores de 14 anos) e comprovante de endereço de todos os herdeiros;

b.5) Cópia da Certidão de Casamento atualizada após o óbito;

b.6) Pais: RG; CPF ou CNH; comprovante de residência.

Na falta de indicação de beneficiários, a indenização ocorrerá de acordo com legislação em vigor.

Além da documentação acima citada serão solicitados documentos específicos para cada uma das seguintes coberturas:

15.4. Em Caso de Morte Acidental:

a) Documentação:

a.1) Cópia do boletim de ocorrência (para falecimento decorrente de acidente);



a.2) Cópia da certidão de óbito;

b) Documentação Complementar:

b.1) Laudo de necropsia (para falecimento decorrente de acidente);

b.2) Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológico (caso o segurado seja o condutor do veículo envolvido no acidente);

b.3) Comunicação de Acidentes de Trabalho – CAT, relativo ao INSS, se houver;

b.4) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

15.5. Em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

a) Documentação:

a.1) Cópia do boletim de ocorrência (em caso de acidente);

a.2) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

b) Documentação Complementar:

b.1) Exames médicos (complementar);

b.2) Cópia do prontuário (relatório) médico em caso de atendimentos hospitalares;

b.3) Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológico (caso o segurado seja o condutor do veículo envolvido no acidente);

b.4) Cópia do boletim do hospital que prestou o 1º atendimento;

b.5) Cópia da carta de concessão de aposentadoria concedida pelo INSS.

15.6. Em Caso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente:

a) Documentação:

a.1) Comunicação de Acidente de Trabalho - somente nos casos de acidente de trabalho sem registro policial;



a.2) Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;

a.3) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;

b) Documentação Complementar:

b.1) Relatório Médico preenchido pelo médico que prestou o primeiro atendimento;

b.2) Relatório Médico, após a alta clínica definitiva do Segurado;

b.3) Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;

b.4) Laudo do Exame de Corpo Delito expedido pelo Instituto Médico Legal (se houver);

b.5) Exame de teor toxicológico e de dosagem alcoólica (para acidente de trânsito);

b.6) Radiografias, exames, receitas médicas, notas fiscais e outros comprovantes originais de despesas médicas, hospitalares ou odontológicas;

15.7. Em Caso de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente:

a) Documentação:

a.1) Comunicação de Acidente de Trabalho - somente nos casos de acidente de trabalho sem registro policial;

a.2) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;

b) Documentação Complementar:

b.1) Relatório Médico preenchido pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade;

b.2) Exame de teor toxicológico e de dosagem alcoólica (para acidente de trânsito);

b.3) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária.



15.8 No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, serão admitidos pela Seguradora para fins de regulação e liquidação de sinistro, os documentos no idioma do país de origem de tais despesas. No entanto, caso seja necessária a tradução destes documentos, as despesas correspondentes ficarão a cargo exclusivo da Seguradora.

15.9 A Seguradora poderá exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o sinistro, sem prejuízo do pagamento da indenização no prazo devido. Alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão de abertura do inquérito que porventura tiver sido instaurado.

15.10 Havendo dúvidas fundadas e justificáveis após análise dos documentos básicos apresentados, é facultado à Seguradora o direito de solicitar outros documentos e/ou informações complementares necessárias para elucidação do evento e apuração dos prejuízos.

15.11 Os atos ou providências que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si sós, no reconhecimento da obrigação de pagar os valores reclamados.

16 Liquidação de Sinistro

16.1. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os documentos de habilitação correrão por conta do segurado e/ou do beneficiário, salvo em relação àquelas diretamente realizadas ou autorizadas pela Seguradora.

16.2. Todos os pagamentos de indenizações referentes a esse Seguro serão efetuados no Brasil e em moeda corrente nacional.

16.3. A Seguradora após receber o aviso de sinistro e os respectivos documentos, verificará se o evento ocorrido é um risco coberto e, portanto, se o beneficiário tem direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da indenização, sob a forma de parcela única.

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da Seguradora, considera-se a ocorrência do sinistro como a data do acidente.

16.4. O prazo para pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos no item 15. No caso de solicitação de documentos e/ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável, este prazo será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a



partir do 1º dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

16.5 Se a Seguradora não pagar o valor correspondente dentro do prazo previsto de acordo com o item 15 desta cláusula, a indenização devida fica sujeita a atualização monetária pela variação positiva do IPCA / IBGE, calculada entre o último índice publicado antes da ocorrência do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação, exceto no caso de reembolso de despesas, em que a atualização monetária será a partir do último índice publicado antes da data do efetivo dispêndio;

16.6. 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.

16.7. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da Seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros, a data mencionada para cada cobertura descrita nas Condições Especiais.

16.8. Em caso de ocorrência de Invalidez Permanente Total por Acidente seguida de Morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da indenização, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula Beneficiária constante do item 19 destas Condições Gerais.

16.9. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam. Se depois que a Seguradora pagar uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente verificar-se a morte do Segurado dentro de um ano a contar da data do acidente e em consequência do mesmo, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Morte Acidental, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

16.10. Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações eventualmente pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

16.11. 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 previsto na cláusula 15.



17 Junta Médica

17.1. Se existirem divergências sobre a causa e natureza e extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao Segurado, será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

17.3. 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.

17.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente, que deve ser comprovada na forma prevista nestas condições contratuais.

18 Perícia da Seguradora

18.1. O Segurado, ao propor a contratação do Seguro autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames.

18.2. A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência do evento nos termos destas Condições Gerais.

18.3. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado, seu médico e a Seguradora.

18.4. À Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.



18.4. Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a Seguradora devolverá a documentação ao Segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

19 Cláusula Beneficiária

19.1. Os beneficiários do Seguro para a cobertura básica de Morte Acidental serão designados pelo Segurado, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária de um Contrato de Seguro de Pessoas se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa Condição.

19.2. Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um.

19.3. Caso a Seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o Capital Segurado ao antigo beneficiário designado.

19.4. Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.

19.5. A falta de indicação expressa de beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados conforme previstos na legislação em vigor.

19.6. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente o próprio Segurado será o beneficiário.

20 Comunicações

20.1. As comunicações do segurado deverão ser feitas sempre através do aplicativo ou sítio eletrônico de contratação da Seguradora na área do segurado destinada para tal e/ outros canais disponibilizados pela Seguradora.

20.2. As comunicações feitas à Seguradora por um Corretor de Seguros, em nome do Segurado, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este.

20.3. As peças promocionais e de publicidade deverão ser divulgadas sob a supervisão da sociedade Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Contratuais e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.



21 Perda de Direitos

21.1 Além dos casos previstos em lei, a Seguradora ficará isenta de qualquer responsabilidade decorrente deste Seguro, quando o Segurado e/ou seu(s) beneficiário(s):

- a) Deixar de cumprir quaisquer das obrigações convencionadas nestas Condições Gerais;
- b) Agir de má-fé, ou procurar, por qualquer meio, obter benefícios ilícitos, quer seja por ação própria, quer seja em conjunto com terceiros;
- c) Agravar intencionalmente o risco.
- d) Por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do Seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o Segurado, seus propostos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e/ou seu representante legal procurar obter benefícios do presente Seguro;
- e) Deixar de comunicar imediatamente à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé;
- f) O sinistro decorrer de dolo do Segurado, má fé, fraude e/ou simulação.

A Seguradora, desde que o faça em até 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento de aviso da agravação do risco, poderá dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o Bilhete de Seguro, ou mediante acordo, de restringir a cobertura.

A resolução, neste caso, só será eficaz após 30 (trinta) dias da notificação ao Segurado ou a seu representante, devendo ser restituída a diferença do prêmio.

Na hipótese de continuidade do contrato, a Seguradora poderá cobrar a diferença do prêmio cabível.

21.3 Se o Segurado, seu representante legal, ou seu Corretor fizerem declarações incorretas e/ou incompletas ou silenciar e/ou omitir circunstâncias que possam influenciar na aceitação do Seguro, na análise do risco ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

a) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:



Cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível.

b) Na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral:

Após o pagamento da indenização, cancelar o Seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível, ou permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.

c) Na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral:

Cancelar o Seguro deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

22 Prescrição

Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

23 Legislação e Foro

23.1 Este Seguro é regido pelas leis brasileiras.

23.2 Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Seguro.

23.3 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes contratantes, será válida a eleição de foro diverso.

24 Arbitragem

24.1 As controvérsias surgidas na aplicação destas Condições poderão ser resolvidas por arbitragem, ou por medida de caráter judicial. No caso de arbitragem, deverá ser pactuada e assinada, pelo Segurado e/ou Beneficiário e/ou seu Representante e pela Seguradora, Cláusula Compromissória Arbitral, regida pela Lei nº 9307, de 23.09.1996.

24.2 A adesão pelo Segurado à Cláusula Compromissória Arbitral é facultativa, todavia, ao aderir à mesma, o Segurado e/ou Beneficiário e/ou seu Representante se comprometerá a solucionar qualquer litígio ou controvérsia decorrentes deste contrato por meio de Juízo Arbitral, cujas sentenças têm o mesmo efeito que as proferidas pelo Poder Judiciário.



25 Cláusula Específica de Arbitragem

25.1 Tendo o Segurado concordado com a inclusão desta cláusula compromissória no seu contrato, que é regida pela Lei nº 9307, de 23 de setembro de 1996, estará o mesmo se comprometendo a resolver todos os seus litígios com esta Seguradora por meio de juízo arbitral, cujas sentenças têm o mesmo efeito que as sentenças proferidas pelo poder judiciário.

25.2 Fica expressamente convencionado que, caso surja qualquer controvérsia ou divergência quanto à interpretação dos Termos e Condições deste Bilhete, assim como na evolução, ajuste e/ou liquidação de qualquer sinistro, estas deverão ser submetidas à decisão de um “árbitro comum” que o Segurado e a Seguradora nomearão conjuntamente, de acordo com a concordância e o visto específico do Segurado.

25.3 Não havendo consenso quanto à escolha do “árbitro comum”, dentro de um prazo de 30 (trinta) dias após a decisão tomada nesse sentido, tanto o Segurado como a Seguradora nomearão por escrito, e dentro de 10 (dez) dias, os seus “árbitros representantes”, os quais deverão pronunciar-se, em decisão conjunta, 15 (quinze) dias após suas convocações.

25.4 No caso dos “árbitros representantes” não estabelecerem voto comum, será por eles comunicado por escrito às partes contratantes a nomeação que fizerem de um “árbitro de desempate”, o qual será aceito antes de ser proposta qualquer ação judicial.

25.5 Compete ao “árbitro de desempate”:

- a) Presidir as reuniões que considerar necessário efetuar com os dois “árbitros representantes” em desacordo;
- b) Entregar simultaneamente ao Segurado e à Seguradora as atas dessas reuniões, que constituirão sempre documentos prévios indispensáveis a qualquer direito de ação judicial por quaisquer das partes em desacordo.

25.6 O Segurado ou Cossegurados e a Seguradora suportarão separadamente as despesas de seus “árbitros representantes” e participarão com a metade das despesas do “árbitro comum” e do “árbitro de desempate”, citados nesta cláusula.

26 Cláusula Específica de Embargos e Sanções

26.1 Sem prejuízo do disposto nas Condições Gerais, ficam estabelecidos abaixo os procedimentos que devem ser assumidos pelo segurado e pela Seguradora, bem como os critérios que serão utilizados para suspensão da(s) cobertura(s) contratada(s) ou do(s) pagamento(s) de quaisquer indenizações devidas pelo presente Contrato de Seguro, nas



situações nas quais o segurado ou seu(s) beneficiário(s) de indenizações for(em) ou estiver(em) inserido(s) em listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate à lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo ou esteja(m) sujeito(s) às sanções previstas na legislação brasileira ou internacional; neste último caso, desde que não violem o ordenamento jurídico brasileiro ou a Ordem Pública.

As coberturas contratadas por meio deste Contrato de Seguro ficarão suspensas a partir da data de ingresso do Segurado nas referidas listas de embargos ou sanções, sendo reestabelecidas às 24:00 (vinte e quatro) horas do dia subsequente à data de exclusão do Segurado das referidas listas.

Na hipótese de reclamação de sinistro, esta Seguradora verificará se o Segurado, o(s) beneficiário(s) da(s) potenciais indenizações devidas ou se os locais de ocorrência dos eventos reclamados constam de listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate à lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo, ainda que tal informação não conste dos dados fornecidos pelo Segurado à Seguradora quando da análise da Proposta de Seguro.

Após regular procedimento de regulação de sinistro, o pagamento da indenização ficará suspenso até que ocorra a superação de eventual embargo ou sanção ou até que ocorra decisão da corte judicial superior brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para este fim, mediante procedimento a ser adotado por esta Seguradora.

No caso de sanção de indisponibilidade de bens aplicada ao Segurado ou ao(s) beneficiário(s) das indenizações devidas, nos termos da Lei n. 13.810, de 8 de março de 2019, qualquer tipo de pagamento decorrente deste Contrato de Seguro ficará suspenso até que ocorra a superação da referida sanção ou embargo ou até que ocorra decisão da corte judicial superior brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para este fim.

27 Canal de Distribuição

O Seguro será comercializado por Venda Direta feita pelo aplicativo/sítio eletrônico da Seguradora, Representantes ou Corretores de Seguros.

28 Ouvidoria



A Now Seguros está comprometida em sempre oferecer o melhor nível de serviço aos seus clientes.

Assim, colocamos à sua disposição a Ouvidoria da Now Seguros, um canal que atende as manifestações registradas sob a forma de reclamações, denúncias, sugestões, críticas e elogios.

A indicação da Ouvidoria se dá para casos em que os clientes não encontrem solução satisfatória apresentada ao contatar o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) e possuam o número de protocolo recebido.



III. Condições Especiais

Cobertura Básica 1 – Morte Acidental (MA)

1. Objetivo

1.1 A cobertura de Morte Acidental garante o pagamento do Capital Segurado contratado e definido no Bilhete de Seguro, aos beneficiários do Seguro no caso de Morte do Segurado, em decorrência direta e exclusiva de Acidente Pessoal, ocorrida durante o período de vigência do Seguro, observada as Condições Contratuais.

1.2 Esta Garantia não se estende ao cônjuge/companheira(o).

1.3 Para menores de 14 (quatorze) anos, é permitida somente a contratação de cobertura para o reembolso das despesas com funeral, devidamente comprovadas, observando-se que:

- a) Incluem-se entre as despesas com funeral, as havidas com o traslado, e
- b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros (gaveta ou urna em que se sepultam cadáveres).

2. Carência

2.1 Haverá carência nos primeiros 2 anos ininterruptos, de vigência do Contrato, ou de sua recondução depois de suspenso, para os casos de tentativa ou consumação de suicídio pelo Segurado, e suas consequências.

3. Riscos Excluídos

3.1 Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 8 – Riscos/Eventos Excluídos das Condições Gerais, esta Garantia não ampara:

- a) doenças, quaisquer que sejam suas causas;
- b) complicações decorrentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;



c) 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 decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) direção de veículos automotores e aeronaves sem a devida habilitação legal.

4. Data do Evento

4.1. Para a cobertura de Morte Acidental, será considerada a data de acidente do Segurado.

5. Ratificação

5.1 Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados e/ou revogados por esta Cobertura.



Cobertura Básica 2 – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

1. Objetivo

1.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente garante o pagamento de uma indenização ao Segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do Seguro, limitada ao Capital Segurado contratado e definido neste Bilhete, observadas as Condições Contratuais.

1.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, 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 para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

Invalidez Permanente	Tabela Para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	% Sobre Limite Máximo de Indenização
Total	Perda da visão de ambos os olhos	100%
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100%
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100%
	Perda total do uso de ambas as mãos	100%
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100%
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100%
	Perda total do uso de ambos os pés	100%
	Alienação mental 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 e incurável de ambos os ouvidos	40%
	Surdez total e 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 digital 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 médios ou de um dos dedos anulares	9%
Perda total do uso de qualquer falange, exclusive as do polegar	1/3 do valor do dedo	
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 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 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	1/2 do respectivo dedo
Perda total do uso dos demais dedos	1/3 do respectivo dedo
Ecurtamento de um dos membros inferiores de 5 (cinco) centímetros ou mais	15%
Ecurtamento de um dos membros inferiores de 4 (quatro) centímetros	10%
Ecurtamento de um dos membros inferiores de 3 (três) centímetros	6%
Ecurtamento de um dos membros inferiores de menos de 3 (três) centímetros	0%

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

1.4. 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.

1.5. 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.

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

1.7. 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.

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

1.9. O Capital Segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.



1.10. Se depois que a Seguradora pagar uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente verificar-se a Morte do Segurado dentro de um ano a contar da data do acidente e em consequência do mesmo, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Morte Acidental, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

1.11. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à Seguradora.

1.12. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

1.13. A Seguradora se reserva o direito de submeter o Segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

1.14. O pagamento da indenização referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela Seguradora.

1.15 Esta Garantia não se estende ao cônjuge/companheira(o).

2. Carência

2.1 Haverá carência nos primeiros 2 anos ininterruptos, de vigência do contrato, ou de sua recondução depois de suspenso, para os casos de tentativa ou consumação de suicídio pelo Segurado, e suas consequências.

3. Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 8 - Riscos/Eventos Excluídos das Condições Gerais, esta Garantia não ampara:

a) Doenças, quaisquer que sejam suas causas;

b) Complicações decorrentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;



c) 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 decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Direção de veículos automotores e aeronaves sem a devida habilitação legal.

4. Data do Evento

4.1. Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, será considerada a data de acidente do Segurado.

5. Ratificação

5.1 Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados e/ou revogados por esta Cobertura.



IV. Coberturas Adicionais

Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Motivo de Acidente (DMHO)

1. Objetivo

1.1. A cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por motivo de Acidente garante o reembolso, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência do Seguro, limitado ao valor contratado e definido neste Bilhete, observadas as Condições Contratuais do Seguro.

1.2. A Seguradora indenizará as despesas médicas, hospitalares e odontológicas incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado, observados os seguintes critérios:

- a) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados;
- b) A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas por motivo de acidente deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos;
- c) O valor da indenização prevista nesta Garantia não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários Seguros contratados em diferentes Seguradoras.
- d) A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, caso o Segurado se negue.
- e) Esta Garantia não se estende ao cônjuge/companheira(o).
- f) As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de Cobertura contratada, à época da ocorrência do Sinistro

2. Riscos Excluídos



2.1. Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 8 - Riscos/Eventos Excluídos das Condições Gerais, esta Garantia não ampara:

- a) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;
- d) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos;
- e) Lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;
- f) Doenças, tratamentos relacionados a doenças, quaisquer que sejam suas causas;
- g) Complicações decorrentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 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 decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i) Direção de veículos automotores e aeronaves sem a devida habilitação legal.
- j) Despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado e enfermagem de caráter particular;
- k) Estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, mesmo por indicação médica;
- l) Acidentes decorrentes de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- m) Reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos, aparelhos auditivos etc.;



n) Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;

3. Data do Evento

3.1. Para a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente, será considerada a data de acidente do Segurado.

4. Ratificação

4.1 Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais e das Condições Especiais que não tenham sido alterados e/ou revogados por esta Cobertura.



Diárias de Incapacidade Temporárias por Acidente (DIT-ACIDENTE)

1. Objetivo

1.1. A Seguradora garante o pagamento de diárias ao Segurado, por sua incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal coberto, se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite de diárias e o valor máximo do capital contratado, conforme as Condições Contratuais.

1.2. Após um evento indenizado, o Segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno ao exercício de sua profissão ou ocupação.

2. Riscos Excluídos

2.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado principal ou dependente ou pelo representante legal, de qualquer deles;
- b) Tentativa de suicídio bem como suas sequelas, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura;
- c) Epidemia ou pandemia declarada por órgão competente;
- d) Danos e perdas causados por atos terroristas; e
- e) 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 a prestação de serviço militar e atos de humanidade em auxílio de outrem.
- f) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- g) Acidente Vascular Cerebral;
- h) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;



3. Capital Segurado

3.1. O Capital Segurado para esta Cobertura corresponderá ao valor da diária e a quantidade máxima de diárias contratados estabelecidos no Bilhete de Seguro.

3.2. O valor indenizável corresponderá ao valor da diária contratada multiplicado pelo período de afastamento, observadas a franquia e a quantidade máxima de diárias contratadas.

4. Reintegração do Capital Segurado

4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

4.2. 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.

5. Franquia

5.1. O período de Franquia é de 10 (dez) dias ininterruptos por Evento Coberto, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica.

6. Data do Evento

6.1. Para a cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente, será considerado o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas.

7. Ratificação

7.1 Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais e das Condições Especiais que não tenham sido alterados e/ou revogados por esta Cobertura.

