

CONDIÇÕES GERAIS DO BENEFÍCIO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL (API) E ACIDENTE PESSOAL DE PASSAGEIROS (APP)

1. CARACTERÍSTICAS

1.1. A ANCORE, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 23.345.936/0001-50, doravante denominada ANCORE, instituí o presente Plano de Benefício de Acidentes Pessoais Individual (API) e Acidente Pessoal de Passageiros (APP), conforme descrito nestas Condições Gerais.

2. OBJETIVO

2.1. O presente benefício tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao Beneficiário ou ao próprio associado, observadas as coberturas contratadas e as condições contratuais em vigor na data de ocorrência do evento, estando o contrato e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento previsto nas condições contratuais, respeitando-se os riscos expressamente excluídos.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Acidente Pessoal: O evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, do associado, observando-se que:

I) incluem-se nesse conceito:

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

II) Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste Benefício:

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



- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- 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, definido nesta cláusula.

3.3. Ato Ilícito: Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

3.4. Beneficiários: São as pessoas designadas pelo Associado para receber o valor do benefício, na hipótese de sua morte devidamente coberta. No caso das garantias de invalidez permanente por acidente, o beneficiário será o próprio Associado.

3.5. Carência: É o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do contrato, durante o qual o Associado permanece na Associação sem ter direito às garantias contratadas, sem prejuízo do pagamento das mensalidades. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as garantias ou algumas delas.

3.6. Coberturas: São as obrigações que a Associação assume perante o Associado quando da contratação do benefício e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um Evento Coberto, observadas as condições e os limites contratados.

3.7. Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de adesão, das condições gerais, das condições especiais e do contrato.

3.8. Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de benefícios, estabelecendo obrigações e direitos das partes contratantes.

3.9. Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano que, eventualmente, alteram as condições gerais.

3.10. Doenças, Lesões e Acidentes Pré-Existentes: São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo associado, antes da contratação do benefício e que seja de seu conhecimento.

3.11. Evento Coberto: É o acontecimento futuro e de data incerta, de natureza súbita



involuntária e imprevisível, descrito nas garantias desta Condição Geral e ocorrido durante a Vigência do Contrato.

3.12. Indenização: é o valor a ser pago ao beneficiário pela associação na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital previsto na respectiva cobertura contratada, respeitando-se os riscos excluídos.

3.13. Liquidação de Sinistro: Pagamento da Indenização (ou reembolso) relativa a um Sinistro.

3.14. Má-Fé: Agir de modo contrário à lei ou ao direito, fazendo-o propositadamente.

3.15. Médico Assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do Associado. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Associado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, em linha reta ou na colateral, até terceiro grau, amigo íntimo, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

3.16. Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

3.17. Sinistro: É a ocorrência de um evento coberto pelas garantias contratadas, ocorrido durante a vigência material do Benefício, e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Associação.

4. COBERTURAS DO BENEFÍCIO

4.1. Morte Acidental (MA): Desde que contratada, garante aos beneficiários o pagamento da indenização contratada para esta cobertura em caso de morte do Associado causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e desde que a morte tenha ocorrido dentro do período de vigência do Benefício.

4.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): Desde que contratada, garante ao Associado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela seguinte, proporcional ao valor contratado para esta Cobertura, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal devidamente coberto, quando este ocorrer dentro do período de vigência deste Benefício, mediante comprovação por laudo médico, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições.



TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Protegida
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 Associado 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	
	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		



A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Associação de declaração médica idônea a essa finalidade. A Associação reserva-se o direito de submeter o Associado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Associado se recuse.

4.2.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

4.2.2. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do valor total da indenização.

4.2.3. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder a da indenização prevista para a sua perda total.

4.2.4. 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.

4.2.5. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por Invalidez Permanente.

4.3. Os Benefícios por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

4.4. Nos casos em que houver o pagamento de indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente e o Associado vir a falecer em consequência deste mesmo evento, será deduzido da indenização de Morte a importância já paga pela Invalidez Permanente Parcial por Acidente.

4.5. Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Associado, independentemente da sua profissão.

4.6. Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Associado, independentemente da sua profissão.

4.7 O benefício de Acidente Pessoal de Passageiros (APP) será pago somente aos passageiros do veículo associado, não envolvendo os passageiros de veículos terceiros envolvidos no sinistro.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTE BENEFÍCIO OS EVENTOS RELACIONADOS A OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:



- a) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA, OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;
- b) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES; EXCETO SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;
- c) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO BENEFÍCIO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO ASSOCIADO A DATA DE CONTRATAÇÃO DO BENEFÍCIO E QUE NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS PELO ASSOCIADO NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO;
- d) DANOS E PERDAS CAUSADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À ASSOCIAÇÃO 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;
- e) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO ASSOCIADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO;

5.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTAS CONDIÇÕES GERAIS:

- a) OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;
- b) INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS E/OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO, DESDE QUE SEJA DEMONSTRADO SEU NEXO CAUSAL;
- c) EPIDEMIAS E PANDEMIAS, DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE.

5.3. ACIDENTES ENVOLVENDO TERCEIROS, OS TERCEIROS NÃO SERÃO INDENIZADOS. O PRESENTE BENEFÍCIO ABRANGE SOMENTE ACIDENTES ENVOLVENDO O ASSOCIADO (API) E/OU OS PASSAGEIROS DO VEÍCULO ASSOCIADO (APP).



6. CARÊNCIA

6.1. O período de carência para os eventos decorrentes de acidentes pessoais será de 30 (trinta) dias, contados da data de início de vigência da cobertura individual ou de sua recondução depois de suspenso.

7 - ACEITAÇÃO

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

7.1.1 No caso de não aceitação da Proposta de Contratação, no prazo definido no subitem 7.1, a Associação procederá, ao Estipulante, à comunicação formal justificando a recusa.

7.1.2 O prazo para manifestação definido no subitem 7.1 se aplica também para os casos de renovações e para alterações que impliquem na modificação do risco.

7.2 A solicitação de documentos complementares 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.

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

7.4 Poderão ser admitidas as pessoas físicas com idade máxima definida nas Condições Contratuais, em boas condições de saúde e que atenderem aos critérios de análise e aceitação da Associação na data da assinatura da Proposta de Adesão.

7.4.1 A adesão ao benefício somente será feita mediante Proposta de Adesão assinada pelo Proponente.

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

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

7.4.4 Para aceitação da Proposta de Adesão, a Associação 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.

7.5 A Associação 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 taxação do seguro.

7.6 A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada pela Associação por escrito ao proponente, fundamentada na legislação vigente, com a consequente devolução dos valores



já pagos.

7.7 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 na sua aceitação pela Associação.

7.8 A nulidade da inscrição, em razão das causas mencionadas no item 7.11, acarretará a perda de todos os direitos relativos ao benefício, bem como dos valores correspondentes a prêmios pagos.

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

7.10 As obrigações da Associação 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.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. Para fins deste, entende-se como Beneficiário(s) a(s) pessoa(s) designada(s) nominalmente e por escrito na proposta de adesão, ou em documento específico, para receber o valor da indenização.

8.1.1 Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

8.2. Se o associado não renunciar à faculdade, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade. A Associação, quando não cientificada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o benefício ao antigo beneficiário.

8.3. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o benefício será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do associado, obedecida a ordem da vocação hereditária. Na falta das pessoas indicadas neste parágrafo, serão beneficiários os que provarem que a morte do Associado os privou dos meios necessários à subsistência.

8.4. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o associado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

8.5. No caso de sinistros referentes às garantias de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), o próprio associado será o beneficiário.

8.6 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 Associado dentro de 1 (um) ano a contar da data do evento e em decorrência do mesmo, a Associação 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.

8.7 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os documentos de habilitação correrão por conta do Associado ou do(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Associação.

8.8 A partir da data do recebimento pela Associação da documentação exigível para regulação do sinistro em cada garantia, contar-se-á o prazo para o pagamento da indenização de 30 dias.

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

9 – PERDA DO DIREITO

9.1 A Associação não pagará qualquer indenização caso haja por parte do Associado, seu(s) preposto(s) ou Beneficiário(s) fraude ou tentativa de fraude, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando as suas consequências.

9.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Associado, a Associação poderá:

9.2.1 Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o benefício, retendo os valores já pagos; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do benefício, restringindo a cobertura contratada.

9.2.2 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital Associado:

- a) cancelar o benefício, após o pagamento da indenização; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do benefício, restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

10 – OCORRÊNCIA DO SINISTRO

10.1. O Associado ou seus Beneficiários deverão comunicar a ocorrência do Sinistro imediatamente à Associação, por meio do formulário “Aviso de Sinistro”, para avaliação do pagamento do benefício, conforme Coberturas contratadas.

10.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Benefício para cada Cobertura, quando da liquidação dos Sinistros:

- a) Morte Acidental - a data do Acidente.
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - a data do Acidente.
- c) Invalidez Permanente por Acidente Majorada - a data do Acidente.
- d) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas - a data do Acidente.



- e) Diárias por Incapacidade Temporária por doença ou Acidente - data da declaração médica da incapacidade.
- f) Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente - data do acidente.
- g) Cesta Básica - a data do Acidente do Associado principal.
- h) Diária por Internação Hospitalar - a data da internação.
- i) Assistência Funeral - a data do falecimento do Associado

10.3. Fica estabelecido que os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

10.4. O Aviso de Sinistro deverá ser acompanhado, conforme a natureza do evento, dos documentos básicos adiante relacionados.

10.4.1. Em caso de Morte Acidental do Associado Principal:

- a) Aviso de Sinistro, preenchido pelo Beneficiário;
- b) Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- c) Certidão de casamento (com data atualizada, ou seja, extraída após o óbito), RG, CPF e comprovante de residência do falecido (cópia simples).
- d) Declaração de únicos herdeiros, com reconhecimento de firma dos declarantes;
- e) Certidão de Nascimento (se menor), RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s) (cópia simples). Em se tratando de Beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessária cópia simples do CPF;
- f) Boletim de Ocorrência Policial (cópia autenticada);
- g) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML (cópia autenticada);
- h) Carteira Nacional de Habilitação do falecido se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo (cópia simples).
- i) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento.

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

- a) Aviso de Sinistro preenchido pelo Associado;
- b) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente, com firma reconhecida;
- c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Associado (cópia simples).
- d) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso (cópia simples). e) Atestado de Alta Médica definitiva, informando as Sequelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membros lesados, inclusive o percentual (original);
- f) Resultados de todos os exames realizados pelo Associado em que sejam demonstradas as lesões de origem traumática;
- g) Boletim de Ocorrência Policial se for o caso (cópia simples).
- h) Carteira Nacional de Habilitação do Associado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo (cópia autenticada);
- i) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento.



11 – LIMITES DE INDENIZAÇÃO

11.1 O limite do benefício a ser pago para Acidentes Pessoais Individuais (API) será de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

O limite do benefício a ser pago para Acidentes Pessoais de Passageiros (APP) será de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais por passageiro).



Atendimento: (62) 3293-6047
Assistência 24 Horas: 0800 086 2121



contato@ancorepv.com.br



ancorepv.com.br



Rua Salburgo, 77, Setor Esplanada
dos Anicuns Goiânia-GO,
CEP 74.433-160