



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

ÍNDICE

OUVIDORIA	02
DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS	04
CONDIÇÕES GERAIS	07
1. Objetivo do Seguro.....	07
2. Garantias do Seguro.....	07
3. Prazo de Vigência.....	13
4. Condições de Contratação do Seguro.....	14
5. Aceitação do Seguro.....	14
6. Capital Segurado.....	15
7. Atualização e Alteração do Capital Segurado.....	15
8. Revisão do Prêmio e do Capital Segurado.....	15
9. Renovação do Seguro.....	15
10. Riscos Excluídos.....	15
11. Regime Financeiro.....	16
12. Prova do Seguro.....	16
13. Cancelamento da Apólice e Término da Cobertura.....	16
14. Outros Seguros.....	16
15. Custeio do Seguro.....	16
16. Pagamento do Prêmio.....	16
17. Beneficiários.....	18
18. Indenização.....	19
19. Procedimentos em Caso de Sinistro.....	20
20. Âmbito Territorial de Cobertura.....	27
21. Alteração de Contrato.....	27
22. Prescrição.....	27
23. Foro.....	27



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

OUVIDORIA

É um canal independente de comunicação, criado para auxiliar os clientes na solução de eventuais divergências sobre o contrato de seguro, podendo ser usado depois de esgotados os canais regulares de atendimento, tais como SAC (Serviço de Atendimento a Clientes) e departamentos envolvidos na divergência em questão.

OBJETIVOS DA OUVIDORIA

As empresas Alfa Seguradora S.A. – CNPJ 02.713.529/0001-88 – Código SUSEP 0646-7 e Alfa Previdência e Vida S.A. – CNPJ 02.713.530/0001-02 – Código SUSEP 0289-5 instituíram a figura do Ouvidor com os seguintes objetivos:

- Receber os recursos dos clientes;
- Informar sobre o encaminhamento e andamento dado à sua solicitação;
- Apreciar e resolver os eventuais conflitos de interesse que surjam na execução dos respectivos contratos de seguros ou previdência privada, protegendo seus direitos e garantindo a equidade de suas relações com nossas empresas;
- Conhecer as opiniões, os anseios, insatisfações e elogios dos clientes.

QUEM PODE RECORRER

Os segurados, beneficiários, terceiros, corretores em nome de clientes, estipulantes e representantes legais que discordem de decisões tomadas pelas nossas empresas em questões derivadas dos respectivos contratos de seguros, ou que já tenham decorrido 30 (trinta) dias do pedido formulado.

Para maior agilidade do processo o pedido de análise, com a documentação respectiva, poderá ser enviado pelo corretor de seguros ao Ouvidor.

O QUE PROCEDE

1º) Os canais regulares de atendimento (SAC – Serviço de Atendimento a Clientes) e departamentos envolvidos, devem ter analisado o pedido antes de o recurso ser apresentado à Ouvidoria.

2º) Somente serão analisados os casos cujas reclamações não tenham sido objeto de ação judicial ou tenham recorrido aos órgãos de proteção e defesa do consumidor.

COMO RECORRER

O recurso é gratuito, deve ser formulado por escrito e encaminhado a:

OUVIDORIA – Alfa Seguradora

Alameda Santos, nº 466 – 7º andar - CEP: 01418-000 - São Paulo – SP

E-mail: ouvidoria@alfaseq.com.br

Telefone: 0800-774-2352

Para uso exclusivo de deficientes auditivos: 0800 770 5140

Após acusar o recebimento dos recursos, o Ouvidor analisará cada caso tendo o prazo de até 15 (quinze) dias para sua resolução.

MAIOR GARANTIA PARA O SEGURADO

As decisões do Ouvidor serão acatadas pelas Empresas, obedecidos aos termos do Regulamento da Ouvidoria.

Permanece inalterado o direito do cliente de recorrer ao judiciário, a qualquer momento, ou caso não aceite a decisão do Ouvidor, obedecidos aos prazos prescricionais em vigor.



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

QUEM É O OUVIDOR

Profissional com os seguintes princípios de atuação:

Isenção: Sem vínculo empregatício com as Empresas.

Conhecimento: Profundo domínio das questões sobre seguros e referencial para o mercado.

Autonomia: As decisões serão cumpridas pelas Empresas.

Moral: A reputação é credencial de equilíbrio, justiça e ética.

A FUNÇÃO DO OUVIDOR

Proteger os direitos dos Segurados e demais clientes, zelando pela equidade de suas relações com as empresas.

CONHEÇA O REGULAMENTO

Consulte o Regulamento da Ouvidoria disponibilizado em:

www.alfaseguradora.com.br

DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

▲ **Acidente Pessoal:** É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a Morte ou a Invalidez Permanente Total ou Parcial do **Segurado** ou torne necessário o tratamento médico.

Incluem-se, ainda, no conceito:

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

Para fins deste seguro, **NÃO se incluem no conceito de acidente pessoal as:**

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

▲ **Agravamento do Risco:** Circunstâncias ou alterações que aumentam a intensidade e/ou a probabilidade da ocorrência do risco.

▲ **Apólice:** É o documento emitido pela **Seguradora** que comprova a relação contratual com o **Segurado** e formaliza a aceitação do risco.

▲ **Aviso de Sinistro:** Comunicação do **Segurado** ou seu(s) beneficiário(s) à **Seguradora** sobre a ocorrência de um evento ou sinistro.

▲ **Beneficiário(s):** É a pessoa a favor da qual é devida a indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado.

▲ **Capital Segurado:** É a importância máxima estabelecida para cada garantia deste seguro, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto.

▲ **Carência:** É o espaço de tempo durante o qual o **Segurado** e/ou seus beneficiários, mesmo com o pagamento dos prêmios, não têm direito a determinadas garantias.

▲ **Certificado Individual de Seguro:** É o documento expedido pela **Seguradora** que formaliza a aceitação do proponente do grupo segurável.



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

- ▲ **Condições contratuais:** É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso, do contrato e da proposta de contratação.
- ▲ **Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos, dos **Segurados**, dos Beneficiários e da **Seguradora** e que integram a apólice.
- ▲ **Contrato:** É o instrumento jurídico firmado entre o **Estipulante** e/ou **Sub-estipulante** e a **Seguradora**, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do **Estipulante** e/ou **Sub-estipulante**, da **Seguradora**, dos segurados, e dos beneficiários.
- ▲ **Corretor de Seguros:** É a pessoa física ou jurídica devidamente habilitada e registrada junto à SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) para intermediar e promover a realização de plano de seguro entre os **Estipulantes, Sub-Estipulantes** e/ou **Segurados** junto à **Seguradora**, sendo o corretor responsável pela orientação destes no que se refere às Coberturas, Obrigações e Exclusões do contrato.
- ▲ **Evento Coberto:** É o acontecimento futuro, possível e incerto, em virtude do qual o Beneficiário pode receber a Indenização prevista na(s) garantia(s) contratada(s).
- ▲ **Evento Preexistente:** É toda doença contraída, ainda que não manifestada, ou acidente ocorrido com o **Segurado** titular ou dependente, anteriormente à data do início de vigência do seguro.
- ▲ **Franquia:** Período durante o qual o **Segurado** é responsável pelos prejuízos decorrentes de um sinistro.
- ▲ **Garantias/Coberturas:** São as obrigações que a **Seguradora** assume perante o **Estipulante, Sub-Estipulante** e/ou **Segurado**, quando da ocorrência de um evento coberto.
- ▲ **Indenização:** É o valor que a **Seguradora** paga ao **Segurado** ou a seu Beneficiário em decorrência de sinistro coberto, limitado ao valor do Capital Segurado estabelecido para cada garantia contratada e demais condições do seguro.
- ▲ **Médico:** É o profissional legalmente habilitado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico o próprio **Segurado**, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- ▲ **Nota Técnica Atuarial:** É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.
- ▲ **Período de Cobertura:** É o período durante o qual o **Segurado** ou seus beneficiários farão jus aos Capitais Segurados contratados.
- ▲ **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- ▲ **Proponente:** É o componente do Grupo Segurável que propõe sua adesão ao seguro e que passará à condição de **Segurado** titular somente após a sua aceitação pela **Seguradora**.
- ▲ **Proposta de contratação:** É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

- ▲ **Regime Financeiro de Repartição Simples:** É a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados da apólice e/ou pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.
- ▲ **Reintegração:** É a recomposição do Capital Segurado de uma Cobertura, na mesma proporção em que foi reduzido em função da ocorrência de um sinistro coberto pela apólice.
- ▲ **Risco:** Probabilidade de ocorrência de evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do **Segurado** ou Beneficiário do Seguro, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.
- ▲ **Riscos Excluídos:** Eventos preestabelecidos nas Condições Gerais e Especiais do seguro, que isentam a **Seguradora** de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento relativo a estes eventos.
- ▲ **Segurado:** É o proponente efetivamente foi aceito e incluído no seguro, cuja cobertura esteja em vigor.
- ▲ **Seguradora:** É a Alfa Previdência e Vida S.A., denominada nas Cláusulas do contrato apenas **Seguradora**, empresa autorizada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) a funcionar no Brasil como tal. A **Seguradora**, recebendo o prêmio, assume o risco e garante indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo contrato.
- ▲ **Sinistro:** Termo que define o acontecimento do evento previsto e coberto no contrato.
- ▲ **SUSEP – Superintendência de Seguros Privados:** É o órgão responsável pelo controle e pela fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
- ▲ **Vigência:** É o período de tempo que determina o início e o fim da validade do seguro e das garantias contratadas.



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

CONDIÇÕES GERAIS

Estas Condições aplicam-se a todas as Garantias contratadas pelo Segurado, dentro da apólice, com exceção dos pontos em que forem expressamente modificadas pelo Contrato.

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

O **Estipulante**, **Sub-Estipulante** e/ou **Segurado** poderão consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Recomendamos a leitura atenta deste manual, especialmente no que se refere a RISCOS EXCLUÍDOS do seguro.

1. OBJETIVO

O presente contrato tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou a seus beneficiários, caso venha ocorrer um sinistro coberto pela apólice durante sua vigência e em consequência direta dos riscos expressamente convencionados nas coberturas contratadas, conforme estas Condições Gerais constantes deste manual, **exceto se decorrente dos riscos excluídos**.

2. GARANTIAS DO SEGURO

As garantias deste seguro dividem-se em Garantias Básicas e Adicionais, podendo ser contratadas de acordo com a opção feita pelo **Segurado** na Proposta de contratação e ratificadas na Apólice.

Constarão de cada apólice as garantias escolhidas pelo Segurado, suas particularidades e respectivos capitais segurados, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Garantias Básicas para a validade deste seguro.

As garantias adiante relacionadas deverão ser sempre consideradas em conjunto com o que dispõe os riscos excluídos, constantes no item **10** das Condições Gerais deste manual.

2.1. GARANTIAS BÁSICAS

▲ Morte Acidental (MA)

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização em caso de falecimento do **Segurado**, decorrente, **exclusivamente**, de acidente pessoal coberto, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

Seguro de Menores

A Garantia de Morte Acidental, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, as quais podem ser substituídas, a critério da **Seguradora**, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

▲ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

Garante ao **Segurado** o pagamento de uma indenização em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto com o **Segurado**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado.

Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, o segurado será imediata e automaticamente cancelado, sendo devolvido o valor do prêmio eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, atualizado monetariamente.



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

Não restando comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

A ocorrência de Invalidez Permanente Parcial por Acidente e o conseqüente pagamento do Capital Segurado não caracteriza o cancelamento do segurado, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente

No caso de Invalidez Permanente por Acidente, 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 sociedade seguradora pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente		% sobre o Capital Segurado
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	Discriminação	
	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 de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSOS	Discriminação	
	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	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS SUPERIORES	Discriminação	
	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 respectivo dedo.		

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
	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 tíbia-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 dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a ½; dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	• de 5 centímetros ou mais	15
	• de 4 centímetros	10
	• de 3 centímetros	6
• menos de 3 centímetros	0	

PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	05
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total de nariz com perda de olfato	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias Lacrimais	
	Unilateral	07
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra	
	Ectrópio unilateral	03
	Ectrópio bilateral	06
	Entrópio unilateral	07
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	03
	Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05	
Ptose palpebral bilateral	10	

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		
DIVERSAS	APARELHO DE FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	08
	Amputação total de duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	05
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATORIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia parcial ou total)	
	Com função respiratória preservada	15
Com redução em grau mínimo da função respiratória	25	
Com redução em grau médio da função respiratória	50	
Com insuficiência respiratória	75	
MAMAS (FEMININAS)		
Mastectomia unilateral	10	
Mastectomia bilateral	20	
ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)		
Gastrectomia subtotal	20	
Gastrectomia total	40	
INTESTINO DELGADO		
Ressecção parcial	20	
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40	

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		
DIVERSAS	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colostomia definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	FIGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	SINDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefaleia)	20
	Síndrome pós-concussional	05

- a) No caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido à percentagem de redução prevista na tabela para perda total do membro, órgão ou parte atingida;
- b) Na falta de indicação da percentagem de redução, e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento);
- c) Em todos os casos de Invalidez Parcial não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão;**
- d) Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para o caso de Invalidez Permanente por Acidente;
- e) Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à percentagem da indenização prevista para sua perda total;
- f) 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 definitivo;**
- g) A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente;**
- h) A Invalidez Permanente por Acidente deve ser comprovada através de declaração médica que a ateste, podendo ainda esta ser complementada pela Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez fornecida pelo INSS, caso este a tenha concedido, bem como por resultados de exames realizados em virtude do acidente;
- i) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente total ou parcial por acidente.**

▲ Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

Garante ao **Segurado** o pagamento de uma indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente em virtude de lesão física causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto com o **Segurado**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado. Caso o segurado também tenha contratado a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), na ocorrência de Invalidez Total do segurado, o mesmo terá o direito a receber duas indenizações.



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, o segurado será imediata e automaticamente cancelado, sendo devolvido o valor do prêmio eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, atualizado monetariamente.

Não restando comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

No caso de Invalidez Permanente por Acidente, 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 sociedade seguradora pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente		% sobre o Capital Segurado
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	Discriminação	
	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 de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

a) Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para o caso de Invalidez Permanente Total por Acidente;

b) 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 definitivo;

c) A Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser comprovada através de declaração médica que a ateste, podendo ainda esta ser complementada pela Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez fornecida pelo INSS, caso este a tenha concedido, bem como por resultados de exames realizados em virtude do acidente;

d) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente total ou parcial por acidente.

2.2. GARANTIAS ADICIONAIS

▲ Despesas Médico-Hospitalares (DMH)

Garante o reembolso de Despesas Médico-Hospitalares e odontológico, efetuadas pelo **Segurado** para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente, decorrente **exclusivamente**, de acidente pessoal coberto, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

Cabe ao **Segurado** a livre escolha dos prestadores de serviços médico/hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

As despesas efetuadas no exterior serão reembolsadas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo **Segurado**, respeitado o limite do capital segurado contratado.



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

Possuindo o **Segurado** mais de uma apólice na **Seguradora** ou em outra companhia, garantindo Despesas Médico-Hospitalares, a responsabilidade da **Seguradora** será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados em todas as apólices em vigor na data do evento.

Riscos Excluídos

Excluem-se ainda da garantia de Despesas Médico-Hospitalares e odontológicas, além dos demais riscos constantes no item 10 deste manual, as despesas decorrentes de:

- a) estado de convalescença (após a alta médica);
- b) despesas de acompanhantes;
- c) aparelhos que se referem a órtese de qualquer natureza e próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

▲ Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT)

Garante o pagamento de um valor determinado no Contrato do seguro em caso de incapacidade temporária ocorrida, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, exclusivamente, por acidente pessoal, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária do Segurado exercer todas as suas atividades profissionais ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, por um período superior a franquia e limitada a quantidade de diárias contratadas, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela Seguradora.

Esta cobertura poderá destinar-se à Autônomos, Profissionais Liberais ou a Profissionais Registrados que será indicado na apólice.

Limite de Diárias

Observado o limite máximo contratual de 360 (trezentos e sessenta) diárias, estas são devidas a partir do 16º (décimo sexto) dia de caracterização da incapacidade.

O valor e a quantidade de diárias contratadas serão fixadas na apólice.

Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não poderá superar a quantidade contratada.

Forma de Pagamento

Esta garantia será paga ao **Segurado**, de uma só vez, ou através de prestações periódicas, a critério do segurado e na forma convencionada na Proposta de contratação.

O início do pagamento desta garantia se dará a partir do primeiro dia subsequente ao término da franquia, até o limite de dias/meses determinado na apólice.

Franquia

Nesta cobertura há uma franquia de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais pelo **Segurado** por determinação médica, período em que o **Segurado** não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento.

3. PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo do seguro é estipulado na apólice com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas dos dias ali designados, sendo facultado ainda, a contratação do seguro por período inferior ou igual a um ano.

Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

Em qualquer hipótese, o início de vigência individual estará condicionado à análise e aceitação pela **Seguradora**, **devendo ser observado que estarão cobertos os eventuais sinistros que ocorrerem entre a data do pagamento do prêmio e a data da aceitação ou recusa, desde que a proposta tenha sido protocolada na Seguradora.**

4. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO

Para contratação do seguro, deve ser preenchida e assinada a Proposta de contratação pelo **Segurado** e pelo Corretor, devendo ela ser entregue em um dos escritórios da **Seguradora**.

Poderão ser aceitos no seguro os proponentes com idade entre 16 (dezesesseis) e 70 (setenta) anos, que se encontrem em perfeitas condições de saúde e plena atividade física na data de início de vigência individual.

Os proponentes maiores de 16 (dezesesseis) anos, inclusive, e menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos pelos pais ou responsáveis.

A inclusão dos proponentes é feita por adesão ao contrato de seguro, e será exigido, para análise da aceitação, o preenchimento de Proposta de contratação, bem como Declaração Pessoal de Saúde e, quando a **Seguradora** julgar necessário, prova de saúde.

5. ACEITAÇÃO DO SEGURO

A **Seguradora** disporá do prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se a respeito da proposta de seguro formulada pelo **Segurado**, a contar da data do respectivo protocolo de recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

A **Seguradora** poderá solicitar provas de saúde ou quaisquer outros documentos necessários para análise do risco, e neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso e terá continuidade após a entrega do respectivo documento solicitado. É facultado a Seguradora, a solicitação de documento apenas uma vez durante o referido prazo.

Em caso de não aceitação da proposta por parte da **Seguradora**, o **Segurado** será comunicado por escrito, bem como serão devolvidos todos os valores eventualmente oferecidos a título de prêmio, no prazo máximo de 10 (dez) dias.

No caso de recusa do risco, em que tenha adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o proponente tem direito a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta até a data da formalização da recusa.

O valor poderá ser restituído integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura do seguro.

Nos casos em que a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, até que o ressegurador se manifeste formalmente. Neste mesmo prazo a Seguradora informará, por escrito, ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, sobre a inexistência de cobertura.

Caso a **Seguradora** não se pronuncie no prazo de 15 (quinze) dias, sem que haja suspensão do prazo por solicitação de documentos, a aceitação do seguro será automática.

O eventual pagamento do prêmio inicial não garante, em hipótese alguma, a aceitação automática da Proposta de Seguro.



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

6. CAPITAL SEGURADO

O capital segurado será escolhido pelo proponente no momento da contratação e constará na Apólice, somente podendo ser alterado com prévia concordância entre as partes contratantes.

O capital segurado de cada Diária de Incapacidade Temporária não poderá ser superior a 1/360 (um trezentos e sessenta avos) do maior capital segurado estabelecido para as garantias básicas.

O capital segurado contratado para a garantia de Despesas Médico-Hospitalares representa o limite máximo de reembolso pelo mesmo evento e não poderá ser superior ao maior capital estabelecido para as garantias básicas.

7. ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Toda e qualquer alteração ou atualização de capital segurado somente será realizada se solicitado expressamente pelo **Segurado** e desde que aceito pela **Seguradora**.

8. REVISÃO DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO

O capital segurado será estabelecido na Proposta de contratação e constará na Apólice, podendo ser revisto a qualquer momento, a pedido do **Segurado**, mediante o preenchimento de nova Proposta de contratação, desde que expressamente aceito pela **Seguradora**.

9. RENOVAÇÃO DO SEGURO

Este seguro não prevê renovação, portanto caso o segurado tenha interesse em permanecer com o seguro nas mesmas condições ou com atualizações deverá providenciar nova proposta devidamente preenchida e assinada pelo Segurado, para que a Seguradora analise todos os aspectos necessários para tomar a decisão sobre aceitação ou recusa do risco.

10. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos das garantias deste seguro:

a) os acidentes ocorridos em consequência:

a.1) 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;

a.2) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se a morte ou a incapacidade do segurado provier 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;

a.3) de furacões, tufões, tornados, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

a.4) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto se a morte ou a incapacidade do segurado provier 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;

a.5) da prática, por parte do **Segurado**, de atos ilícitos ou contrários à lei;

a.6) de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronave furtada ou dirigida por pilotos não legalmente habilitados, desde que seja de conhecimento prévio comprovado do **Segurado**.

b) doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do **Segurado** e não declarados na Proposta de Contratação ou em seus anexos;

c) danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documento hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido;



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

d) Suicídio cometido no período de 2 (dois) anos a contar da vigência inicial do contrato, em conformidade com o disposto no artigo 798 do Código Civil Brasileiro;

e) Mutilação voluntária;

11. REGIME FINANCEIRO

Este plano de seguro é estruturado no regime financeiro de repartição simples e devido à natureza deste regime, não é devida a concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada pagamento é destinado a custear o risco inerente à indenização no período.

12. PROVA DO SEGURO

Para cada **Segurado** incluído no seguro, será enviado a apólice, que conterá os seguintes elementos mínimos:

- a) Data de início do seguro;
- b) Capital(is) segurado(s) de cada garantia.

Ocorrerá a emissão de uma nova apólice quando houver modificações nas suas informações.

13. CANCELAMENTO DA APÓLICE E TÉRMINO DA COBERTURA

A apólice poderá ser cancelada e as coberturas contratadas pelo Segurado cessam:

- a) A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes;
- b) Ao fim do prazo de vigência da apólice;
- c) Quando ocorrer o falecimento do Segurado;
- d) Quando houver falta de pagamento da(s) parcela(s) do(s) prêmio(s) do seguro;
- e) Pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro;
- f) Quando forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas por parte do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, que tenham influenciado na sua aceitação ou ainda na obtenção ou na majoração da indenização.

14. OUTROS SEGUROS

O **Segurado** deve declarar na Proposta de contratação a existência de quaisquer outros Seguros de Vida e/ou Acidentes Pessoais, por ocasião da sua contratação.

15. CUSTEIO DO SEGURO

O custeio deste seguro é Contributivo, ou seja, os **Segurados** pagam os prêmios do seguro.

16. PAGAMENTO DO PRÊMIO

O pagamento do prêmio poderá ser à vista ou ainda fracionado, de acordo com a opção do **Segurado**, conforme definido na Proposta de contratação.

O prêmio do seguro será calculado considerando-se o capital segurado, as garantias contratadas, a idade do **Segurado** e outros critérios eventualmente estabelecidos na Proposta de contratação.

Na cobrança de prêmio mediante carnê, a **Seguradora** providenciará para que o **Segurado** receba o novo carnê de pagamento até 15 (quinze) dias antes do vencimento de sua primeira parcela.

Caso o Segurado não receba o novo carnê até o prazo estabelecido, e desde que não tenha havido cancelamento do seguro, é seu direito efetuar o pagamento do prêmio, mediante depósito bancário na conta indicada no carnê anterior, o que deve ser feito antes do início do novo período de cobertura.

Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver este expediente.



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio for realizado à Seguradora, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.

Caso o pagamento do prêmio seja feito fora dos prazos estipulados no contrato, qualquer indenização dependerá de prova de que antes da ocorrência do sinistro o mesmo foi efetuado.

O não pagamento do prêmio por parte do Segurado nos seguros contributários, até a data de vencimento estabelecida no respectivo documento de cobrança, acarretará o cancelamento automático da apólice a partir do dia subsequente ao término do período de cobertura a que se referir esta cobrança.

As parcelas, do período de cobertura já decorrido, citadas no parágrafo anterior, que estejam vencidas e não pagas serão atualizadas monetariamente pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, e acrescidas de juros legais de 6% (seis por cento) ao ano na forma da Tabela Price, desde a data em que são devidas até a data de seu efetivo pagamento.

A eventual aceitação, por parte da Seguradora, de quaisquer pagamentos de prêmios, depois de vencidos, não constituirá tolerância ou novação das condições ora pactuadas.

No caso de prêmio fracionado, constará na apólice o critério adotado, bem como os juros praticados.

É garantido ao Segurado a antecipação do pagamento de qualquer uma das parcelas de prêmio fracionado, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados, devendo, para tanto, contatar previamente a Seguradora.

Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas de prêmio fracionado subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

TABELA CURTO PRAZO

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

Para percentuais não previstos na tabela acima, serão aplicados os percentuais imediatamente superiores.



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

A Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos acima.

Uma vez restabelecido o pagamento das parcelas ajustadas do prêmio fracionado, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura acima referido, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

Findo o novo prazo de vigência da cobertura nos termos da tabela acima, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do seguro.

Entretanto, no caso de vencimento antecipado ao período de cobertura, o não pagamento do prêmio por parte do Segurado até a data estabelecida no respectivo documento de cobrança, acarretará o cancelamento automático da apólice a partir do primeiro dia do período de cobertura a que se referir esta cobrança.

Fica vedada a cobrança, ao **Segurado** ou à pessoa designada na Proposta de contratação como responsável pelos pagamentos dos prêmios, de taxa de inscrição ou de intermediação.

17. BENEFICIÁRIOS

É livre a indicação de beneficiários, por parte do **Segurado**, desde que tal indicação não colida com os preceitos legais.

Em conformidade com o Artigo 793 do Código Civil Brasileiro "É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o **Segurado** era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato".

Quando houver mais de um beneficiário, deverá ser definido, no momento da nomeação dos mesmos, o percentual do capital segurado que será destinado a cada um.

O **Segurado**, e somente ele, poderá substituir seus beneficiários a qualquer tempo, mediante aviso escrito à **Seguradora**, não tendo validade quaisquer alterações que não se procedam desta forma.

Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária de um contrato de seguro de pessoas se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

Na falta de beneficiário nomeado ou na inexistência de cláusula beneficiária que conste das Condições Particulares, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

A sucessão legítima defere-se na ordem seguinte:

- a) Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime de comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares;
- b) Aos ascendentes, em concorrência com o cônjuge;
- c) Ao cônjuge sobrevivente;
- d) Aos colaterais.

Na falta das pessoas acima indicadas, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou de meios necessários para prover sua subsistência. Fora desses casos, será beneficiária a União, na forma da legislação em vigor.

A indenização por Morte do Segurado dependente é devida ao Segurado titular.



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

18. INDENIZAÇÃO

Data do Evento

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro:

- a) Nas garantias de Morte Acidental (MA), de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA e IPTA), Despesas Médico-Hospitalares (DMH) e Diárias de Incapacidade Temporária (DIT): a data do acidente;
- b) Nas demais coberturas que estejam relacionadas com alguma das garantias acima, será considerado como data de evento a daquela à qual relaciona.

Acúmulo de Indenizações

As indenizações por Morte decorrente de Acidente e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a **Seguradora** pagará a indenização devida pelo caso de Morte Acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

As indenizações por Diárias de Incapacidade Temporária e Despesas Médico-Hospitalares são cumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro.

Limite Máximo de Indenização

O limite máximo de indenização corresponde ao valor do capital segurado contratado, que constará na apólice e Proposta de contratação.

Junta Médica

Divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade **relacionada ao segurado**, devem, **dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação**, ser submetidas a uma junta médica constituída de 3 (três) membros, sendo a sociedade seguradora que deverá propor segurado, por meio de correspondência escrita, sendo um nomeado pela **Seguradora**, outro pelo **Segurado** e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo **Segurado** e pela **Seguradora**. **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.**

Perda de Direito da Indenização

A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja, por parte do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários:

- a) **Declarações falsas, inexatas, incompletas, ou omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio;**
- b) **Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;**
- c) **Dolo, má fé, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulação ou culpa grave, não só quanto à contratação, como também com o objetivo de obter ou majorar indevidamente a indenização;**
- d) **Agravamento do risco, objeto do contrato, pelo Segurado, conforme dispõe o artigo 768 do Código Civil Brasileiro.**

Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I - Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringimento a cobertura contratada.

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



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

- 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.

III – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o segurado, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

O segurado obriga-se a comunicar à sociedade 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.

A sociedade 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.

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

Pagamento da Indenização

As indenizações, se devidas, serão pagas no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de recebimento, pela **Seguradora**, de todos os documentos necessários à comprovação ou à elucidação do evento, atualizadas monetariamente pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, a partir do 1º dia útil do mês subsequente à data do evento até a data do efetivo pagamento.

No caso de solicitação de nova documentação, na forma prevista no item 19.3, alínea “a” destas condições gerais, a contagem do prazo de 30 (trinta) dias será suspensa, voltando a correr após o recebimento da nova documentação pela seguradora.

Quando o prazo da liquidação de sinistro superar os prazos citados nos parágrafos anteriores, serão devidos juros moratórios equivalentes a 6% (seis por cento) ao ano na forma da tabela price, contados a partir do primeiro dia posterior ao término deste prazo até a data de pagamento da respectiva indenização.

No caso de beneficiários com idade entre 16 (dezesesseis), inclusive, e 18 (dezoito) anos, exclusive, a indenização será paga a este, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiverem o poder familiar) ou, finalmente, por seu tutor ou curador.

Reintegração de Garantia

A Seguradora procederá a reintegração automática das garantias de Invalidez Permanente por Acidente, Despesas Médico-Hospitalares e de Diárias de Incapacidade Temporária após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.

19. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

19.1. AVISO DE SINISTRO

- Ocorrido um evento previsto na apólice do seguro contratado, a Alfa Previdência e Vida deverá ser comunicada oficialmente, assim que possível, através do “Aviso de Sinistro” juntamente com os documentos obrigatórios, de acordo com o tipo da ocorrência.



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

- A liquidação do sinistro ocorre no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do cumprimento de todas as exigências por parte do(s) segurado(s) ou do(s) beneficiário(s). Caso sejam necessários documentos complementares, este prazo é suspenso e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências;

- Na hipótese de surgimento de fatos ou circunstâncias não previstas e havendo dúvida fundada e justificável, a seguradora reserva-se ao direito de solicitar documentos adicionais ou cópia autenticada da documentação inicialmente encaminhada.

19.2. DOCUMENTOS A SEREM ENVIADOS

▲ Morte Acidental

- A documentação necessária para a regulação do processo é a mesma da morte natural, exceto relatório médico e cópias dos laudos de exames e acrescido de:

- Boletim de Ocorrência policial (ou CAT - COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO se acidente de trabalho);
- Laudo necroscópico ou cadavérico elaborado pelo IML (Instituto Médico Legal);
- Laudo de exame de dosagem alcoólica e toxicológico, ou, declaração do órgão competente informando sobre a não realização;
- Carteira Nacional de habilitação, no caso da vítima/segurado ser o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Laudo de Perícia Técnica (IC);
- Termo de Reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima;
- Resultado do exame de DNA – em caso de carbonização sem identificação;

Obs.: Poderão ser solicitadas as principais peças que instruem o Inquérito Policial, caso tal documento seja necessário para conclusão da análise técnica;

▲ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) ou Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

- Formulário do Aviso de Sinistro (modelo Alfa): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF segurado;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- Vínculo empregatício: Cópia das páginas de identificação (foto), qualificação civil, páginas de registro e páginas de anotações de afastamento pelo INSS da Carteira Profissional de Trabalho do(a) segurado(a) Principal; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo; 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.
- Relatório Médico (modelo Alfa): deverá ser preenchido pelo médico com quem o segurado fazia tratamento, com firma reconhecida da assinatura deste.
- Boletim de Ocorrência policial (ou CAT - COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO se acidente dentro da empresa);
- Laudo de Exame de Corpo e Delito (IML) quando existir;
- Laudo de exame de dosagem alcoólica e toxicológico, ou, declaração do órgão competente informando sobre a não realização;
- Carteira Nacional de habilitação, caso a vítima/segurado seja o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

- Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
- Resultados de exames médicos realizados pelo segurado por ocasião do acidente;
- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizada em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou curador);
- Formulário de Beneficiários (modelo Alfa): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Obs.: Após caracterização da cobertura securitária, poderá ser solicitado Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela para os casos em que o segurado/beneficiário não tenha condições de gerir seus bens.

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item 'comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item "Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço".

Importante:

- 1- Somente para o produto Alfa Vida Sindicatos e Alfa Capital Global, anexar: Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;
- 2- Seguro Contributivo: cópia do demonstrativo de pagamento (holerite) do mês anterior ao sinistro;

▲ Despesas Médicas Hospitalares (DMH)

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- Vínculo empregatício: Cópia das páginas de identificação (foto), qualificação civil, páginas de registro e páginas de anotações de afastamento pelo INSS da Carteira Profissional de Trabalho *do(a) segurado(a)* Principal; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo. 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.
- CAT - COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO quando tratar-se de acidente de trabalho e não havendo, BO.
- Cópia da CNH *do(a) segurado(a)*, caso o mesmo dirigia o veículo na ocasião do acidente;
- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido;
- Laudo médico pormenorizado, constando diagnóstico, tratamentos realizados e alta médica definitiva ou previsão para conclusão do tratamento;
- Para reembolso de:
 - ✓ Honorários Médicos:
 - ⇒ Recibo original carimbado pelo médico, com CPF/CNPJ e CRM.
 - ⇒ Relatório médico constando todos os procedimentos realizados de acordo com a tabela AMB.
 - ✓ Honorários do Hospital:
 - ⇒ Nota fiscal original do hospital;
 - ⇒ Discriminativo de conta hospitalar (discriminação das despesas hospitalares e serviços complementares com valores individualizados, bem como dos materiais e medicamentos utilizados);
 - ⇒ Cópia do prontuário médico do período referente aos honorários cobrados;
 - ✓ Reembolso de Exames Médicos:
 - ⇒ NF original;
 - ⇒ Cópia do pedido médico acompanhado de resultados do exame realizado;



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

✓ Reembolso de Despesas: ⇒ Comprovantes originais das despesas médicas, acompanhada do pedido médico (receituário com carimbo, CRM e CPF);

- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou do curador);
- Formulário de Beneficiários (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Obs.:

- Os comprovantes de medicamentos e exames necessitam ser acompanhados de adequada prescrição médica, notas fiscais e quitação dos pagamentos;
- No caso de tratamento prolongado, é necessário relatório médico, detalhando os procedimentos a serem adotados, o prazo e o custo aproximado até a conclusão.
- Para pagamento de honorários hospitalares, além da NF original, é necessário o recibo comprovando que o pagamento já foi efetuado ao hospital. Caso não exista esse recibo, o pagamento da referida nota será efetuado diretamente ao respectivo hospital (será necessário termo de cessão de direitos).
- Em caso de nota fiscal eletrônica, encaminhar “Declaração de único reembolso de despesas” (*modelo Alfa*).
- Não serão aceitas cópias de notas fiscais, recibos e outros, ainda que autenticadas, para fins de pagamento.

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item ‘comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item “*Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço*”.

Importante:

- 1- Somente para o produto Alfa Vida Sindicatos e Alfa Capital Global, anexar: Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;
- 2- Seguro Contributário: cópia do demonstrativo de pagamento (holerite) do mês anterior ao sinistro;

▲ **Diárias de Incapacidade Temporária - DIT**

- Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado; e a parte médica, preenchido, assinado e com reconhecimento de firma do médico com quem o Segurado faz tratamento;
- Boletim de Ocorrência e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) ou, caso tenha sido acidente doméstico, declaração detalhada do Segurado sobre a ocorrência, com assinatura de 2 (duas) testemunhas idôneas;
- Laudo do primeiro atendimento com descrição detalhada das lesões e procedimentos realizados;
- Declaração do hospital (ou médico) constando período de afastamento, bem como informando tratamentos que estão sendo realizados nesse período;
- Se Segurado com vínculo empregatício – cópia da CPTS (Carteira Profissional de Trabalho e Serviço) com as páginas iniciais, da empresa, do afastamento, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedido pelo INSS;
- Se proprietário de empresa, contrato social da empresa e documentos comprobatórios de que o Segurado não obteve rendas no período de afastamento (referente à sua profissão);
- Se autônomo, contrato de prestação de serviços, e RPA (Recibo de Pagamento Autônomo) dos últimos três meses anteriores ao evento e carta da empresa Empregadora informando que o mesmo não prestou serviços no afastamento face ao acidente;
- Se profissional liberal, documentos que comprovem sua profissão e rendimentos de 03 meses anteriores ao evento e durante o afastamento;
- Se estava dirigindo o veículo envolvido no acidente, Carteira Nacional de Habilitação.



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

▲ Relação de Documentos de beneficiários em caso de Morte:

1. Quando houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário na Proposta Individual de Seguro da Alfa Previdência e Vida:

RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias.

Importante:

- a) Beneficiários com idade entre 16 e 18 anos deverão ser assistido por seu tutor Legal (pai/mãe ou quem estiver designado no Termo de Tutela). Desta forma, os documentos relacionados no item 4.1 referem-se ao próprio beneficiário bem como ao seu tutor, o qual deverá dar quitação a qualquer indenização juntamente com o menor.
- b) Beneficiários menores de 16 (dezesesseis) anos deverão ser representados por seu tutor legal (pai/mãe ou quem estiver designado no Termo de Tutela). Desta forma, os documentos relacionados no item 4.1 referem-se ao menor bem como ao de seu tutor, o qual dará quitação ao pagamento, entretanto, a indenização será sempre realizado em nome do menor. O Termo de Tutela é obrigatório se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

2. Quando não houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário na Proposta Individual de Seguro da Alfa Previdência e Vida o pagamento da indenização é devido de acordo com o artigo 792 do Código Civil:

Art.792: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se, por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do(a) segurado(a), obedecida a ordem de vocação hereditária (Art.1829).

Parágrafo único: Na falta das pessoas indicadas nesse artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do(a) segurado(a) os privou dos meios necessários à subsistência.

Nesta situação, a declaração de únicos herdeiros é documento obrigatório, modelo que será fornecido pela seguradora/corretor:

- Segurado com cônjuge/companheira(o) e com filhos: Declaração cônjuge e filhos;
- Segurado sem cônjuge/companheira com filhos: Declaração de filhos;
- Segurado sem cônjuge/companheira (o) e sem filhos: Declaração Pais;
- Segurado com cônjuge/companheira e sem filhos: Declaração cônjuge e pais;
- Segurado com cônjuge/companheira, sem filhos e sem pais: Declaração cônjuge/companheiro juntamente com certidão de óbito dos pais do(a) segurado(a);
- Segurado sem filhos, sem pais e sem Cônjuge/companheiro: Declaração irmãos (uni e bilaterais) juntamente com certidão de óbito dos pais do(a) segurado(a);

Obs.: Em caso de beneficiários cuja situação não esteja acima indicada, os documentos necessários serão solicitados após análise da seguradora.

Documentos válidos para comprovação de companheirismo:

a) **Companheiro(a):** RG, CPF, Comprovante de Endereço e:

Em caso de segurado solteiro:

- Declaração pública constando que o segurado faleceu no estado civil solteiro, declarando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF ou CTPS, outros);
- Comprovante de residência *do(a) segurado(a)* e do companheiro em comum, que comprove o vínculo associativo. *o vínculo associativo*. a moradia de ambos na mesma residência;

Em caso de segurado viúvo:

- Certidão de Casamento atualizada *do(a) segurado(a)*;
- Certidão de Óbito do cônjuge;
- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF ou CTPS, outros);
- Comprovante de residência *do(a) segurado(a)* e do companheiro em comum, que comprove o vínculo associativo. *o vínculo associativo*. a moradia de ambos na mesma residência;

Em caso de segurado separado judicialmente:

- Certidão de Casamento atualizada com a averbação de separação;
- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF ou CTPS, outros);
- Comprovante de residência *do(a) segurado(a)* e do companheiro em comum, que comprove o vínculo associativo. *o vínculo associativo*. a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

- Em caso de segurado separado de fato (sem regularização judicial):

- Acordo entre as partes envolvidas (consignação administrativa) ou consignação judicial;

▲ Relação de Documentos válidos para Comprovante de endereço:

1 – Pessoa Física

Para liquidação de sinistro é obrigatório a apresentação de cópia do RG, CPF e comprovante de endereço com data atualizada (máximo 60 dias) do beneficiário.

Como comprovante de residência poderá ser aceito, desde que estejam em nome próprio com prazo não superior a 60 dias (da data do pagamento para beneficiários) um dos seguintes documentos:

Contas de luz, ou de telefone fixo ou móvel, ou de IPTU, ou de gás, ou de água, ou ainda prestação de casa própria, ou outros tipos como, por exemplo: extrato de outro banco, fatura de cartão de crédito, carta do INSS.

Também poderá ser aceito:

Fatura de Concessionárias de TV por assinatura / TV à Cabo (ex. NET, TVA, etc.) ou de fornecedoras de serviços de Banda Larga (ex.: A Jato, Virtua, Velox, etc) desde que referente ao último mês vencido, cujo extrato apresente registro de recebimento / pagamento do mês anterior;

Certificado de Registro e Licenciamento de Veículo (CRVL) – Emitido pelo Detran, desde que dentro do exercício de licenciamento.

PARTICULARIDADES:

Residentes em imóveis alugados: deverá apresentar comprovante em nome do proprietário do imóvel, juntamente com a cópia do contrato de Locação com firma reconhecida.



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

Residentes com os pais: deverá apresentar comprovante em nome do pai ou da mãe, se comprovado a filiação através dos nomes constantes na Carteira de Identidade. Essa alternativa é válida para filhos menores de 21 anos; para maiores, deve-se apresentar a declaração de residência (modelo anexo), devidamente preenchida pelo proprietário com firma reconhecida.

Universitários: residindo em república de propriedade da Universidade, apresentar declaração, em papel timbrado da Universidade. Residindo em repúblicas particulares ou pensões, apresentar declaração firmada pelo proprietário do imóvel juntamente com um dos comprovantes de endereço citados em nome do mesmo, observando-se que a declaração firmada pelo proprietário deverá ser autenticada em cartório.

Residentes com outras pessoas (cônjuges, companheiros (as), etc.): Clientes que residam em companhia de outra pessoa, que não possuam comprovante de endereço em seu nome, poderão apresentar comprovante de endereço em nome da pessoa com a qual residam, desde que seja comprovado o relacionamento existente entre elas.

No caso de cônjuges, deverá apresentar a certidão de casamento.

Nos demais casos, quando não for possível comprovar o relacionamento, deverá ser preenchida a DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA – *Modelo Alfa* cujo modelo será fornecido pela seguradora / corretor, com firma reconhecida em cartório.

2 – Pessoa Jurídica

1. Formulário REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS – PESSOA JURÍDICA (*modelo Alfa*);
2. Cópia simples do cartão CNPJ;
3. Cópia simples do Estatuto social;
4. Comprovante de endereço atualizado em nome do beneficiário

▲ Morte – Auxílio Funeral

- Notas Fiscais originais das despesas com o funeral do **Segurado**;
- RG, CPF e Comprovante de Residência daquele que efetuou o referido pagamento.

▲ Morte – Despesas com Rescisão Contratual

- Termo de Rescisão Contratual

▲ Invalidez Permanente Total por Doença Congênita de Filhos

- Aviso de Sinistro preenchido pelo **Segurado** ou **Estipulante**; e a parte médica, preenchido, assinado e com reconhecimento de firma do médico com quem o filho do **Segurado** faz tratamento;
- Laudo médico e Exames realizados pelo filho do **Segurado**, comprovando a existência de doença congênita até 6º mês de vida deste;
- Certidão de Nascimento do filho acometido pela doença congênita;
- RG, CPF e Comprovante de Residência do **Segurado** titular.

19.3. OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

a) A **Seguradora** poderá solicitar outros documentos complementares, além dos acima mencionados, para esclarecimentos que julgar necessários, em caso de dúvida fundada e justificável.

b) As providências ou atos que a **Seguradora** praticar após receber o aviso de sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.



CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL - API

20. AMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

O âmbito territorial de qualquer garantia é o globo terrestre, **exceto para as Diárias por Incapacidade Temporária, a qual só garante os acidentes ocorridos no Brasil.**

21. ALTERAÇÃO DE CONTRATO

Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita por escrito e com a concordância das partes contratantes.

22. PRESCRIÇÃO

Decorridos os prazos previstos pelo Código Civil Brasileiro, operar-se-á a prescrição.

23. FORO

Fica eleito o foro da Comarca do domicílio do **Segurado**, para nele serem dirimidas as dúvidas, conflitos ou litígios oriundos deste Contrato de Seguro, renunciando as partes, expressamente, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.