

CONDIÇÕES GERAIS

ACIDENTES PESSOAIS – PRAZO CURTO EVENTOS

15414.900085/2015-28

Versão4 – Agosto/2015

CONDIÇÕES GERAIS

ACIDENTES PESSOAIS – PRAZO CURTO EVENTOS



SUMÁRIO	
OUVIDORIA.....	3
DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS.....	5
CONDIÇÕES GERAIS	9
1. PRELIMINARES	9
2. OBJETIVO DO SEGURO.....	9
3. PÚBLICO ALVO	9
4. EVENTOS.....	9
5. ÂMBITO DE COBERTURA	9
6. DETERMINAÇÃO DO GRUPO SEGURÁVEL.....	9
7. GARANTIAS DO SEGURO.....	9
7.1 ESTRUTURA.....	10
7.2 GARANTIAS BÁSICAS	10
7.3 GARANTIAS ADICIONAIS	16
8. PRAZO DE VIGÊNCIA.....	19
9. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO.....	19
10. ACEITAÇÃO DO SEGURO	20
11. CAPITAL SEGURADO.....	20
12. ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	20
13. REVISÃO DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO	20
14. INCLUSÃO DE SEGURADOS.....	20
15. RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	21
16. RISCOS EXCLUÍDOS.....	21
17. REGIME FINANCEIRO	21
18. PROVA DO SEGURO.....	22
19. REAVALIAÇÃO E AJUSTE DE TAXA.....	22
20. CANCELAMENTO.....	22
21. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	22
22. CUSTEIO DO SEGURO	23
23. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUB-ESTIPULANTE	23
24. PAGAMENTO DO PRÊMIO	23
25. BENEFICIÁRIOS	25
26. INDENIZAÇÃO	26
27. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	27
27.1 AVISO DE SINISTRO.....	27
27.2 DOCUMENTOS A SEREM ENVIADOS	28
27.2.1 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	32
28. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	32
29. ALTERAÇÃO DE CONTRATO.....	32
30. PRESCRIÇÃO.....	32
31. FORO	32

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@alfaseg.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– PRAZO CURTO EVENTOS



▲ 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, 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 segurado, ou que tome necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor, em especial o art. 798 do Código Civil Brasileiro;

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

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

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

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

b) **excluem-se desse conceito:**

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

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

b.3) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou 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**

b.4) **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.**

▲ AGRAVAMENTO DO RISCO

Circunstâncias ou alterações que aumentam a intensidade e/ou a probabilidade da ocorrência de sinistro, independente da vontade do segurado.

▲ ÂMBITO GEOGRÁFICO

Termo que determina o território de abrangência das coberturas previstas no seguro ou a extensão na qual a cobertura é válida.

▲ APÓLICE

É o documento emitido pela Seguradora que comprova a relação contratual com o Estipulante e formaliza a aceitação do risco pela Seguradora.

▲ 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 física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência sinistro.

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS– PRAZO CURTO EVENTOS

▲ CAPITAL SEGURADO

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

▲ CARÊNCIA

Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento de capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

▲ CARREGAMENTO

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

▲ COBERTURA DE RISCO

Coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

▲ 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 de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

▲ CONDIÇÕES GERAIS

Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano estabelecendo, obrigações e direitos, dos Segurados, dos Beneficiários, do Estipulante, do Sub-Estipulante e da Seguradora.

▲ CONDIÇÕES ESPECIAIS

Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

▲ CONTRATO

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e/ou Sub-estipulante e a Seguradora, que estabelece 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 referem às Coberturas, Obrigações e Exclusões do contrato.

▲ DOLO

Má-fé; qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro; vontade conscientemente dirigida com a finalidade de obter um resultado criminoso.

▲ ESTIPULANTE OU SUB-ESTIPULANTE

É a pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que contrata o seguro e representa os Segurados perante a Seguradora, sendo expressamente vedada a atuação como Estipulante ou Sub-Estipulante por parte de corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes; corretores de seguro e; sociedades seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes. Esta vedação não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.

▲ EVENTO COBERTO

É o acontecimento futuro, possível e incerto, em virtude do qual o Segurado ou seu Beneficiário, quando for o caso, pode receber a indenização prevista na(s) garantia(s) contratada(s).

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS– PRAZO CURTO EVENTOS



▲ EVENTO PREEXISTENTE

Acidente ocorrido com o Segurado, 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.

▲ GRUPO SEGURADO

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

▲ GRUPO SEGURÁVEL

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante e/ou Sub-Estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

▲ INDENIZAÇÃO

É o valor que a Seguradora paga ao Segurado ou a seu Beneficiário, quando for o caso, em decorrência de sinistro coberto, limitado ao valor do Capital Segurado estabelecido para cada garantia contratada e demais condições do seguro.

▲ INÍCIO DE VIGÊNCIA

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela *Seguradora*.

▲ 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.

▲ MIGRAÇÃO DE APÓLICES

A transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

▲ 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 seu Beneficiário, quando for o caso, fará jus aos Capitais Segurados contratados.

▲ PRÊMIO

Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

▲ PRÊMIO COMERCIAL

Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

▲ PRÊMIO PURO

Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS– PRAZO CURTO EVENTOS

▲ PROPONENTE

É o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

▲ PROPOSTA DE ADESÃO

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.

▲ PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

▲ 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

São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo seguro.

▲ 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.

▲ SEGURADOS

São as pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante e/ou Sub-Estipulante e que, por adesão, são incluídas neste seguro.

▲ SEGURO DE PESSOAS COM CAPITAL GLOBAL

É a modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, respeitados os critérios técnico-operacionais, forma e limites fixados pela SUSEP, segundo a qual o valor do capital segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

▲ SINISTRO

A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.

▲ 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

1. PRELIMINARES

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

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

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 desta Condição Geral, especialmente no que se refere a RISCOS EXCLUÍDOS do seguro.

2. OBJETIVO DO SEGURO

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

3. PÚBLICO ALVO

É destinado aos expectadores, público e/ou participantes para a modalidade de evento de curto e médio prazo, a ser classificada e definida na Proposta pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante.

4. EVENTOS

São acontecimentos de curto e médio prazo, que tenham como objetivo a reunião pessoas para finalidades diversas. Os Eventos deverão ser informados na Proposta pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante e poderão ser classificados como: Exposições, Feiras, Comemorações, Palestras, Formaturas, Shows, etc.

5. ÂMBITO DE COBERTURA

As coberturas do seguro limitam-se, **exclusivamente**, aos acidentes pessoais cobertos, ocorridos no interior do local do evento e terminará no momento em que o segurado deixar o referido local.

6. DETERMINAÇÃO DO GRUPO SEGURÁVEL

Quando não for possível estimar a quantidade de vidas do grupo segurável, o mesmo será determinado pela lotação oficial do local onde será realizado o evento, que deverá ser informado pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante à Seguradora.

7. GARANTIAS DO SEGURO

As garantias deste seguro dividem-se em Garantias Básicas e Adicionais, podendo ser contratadas de acordo com a opção feita pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante na Proposta de Contratação e ratificadas no Contrato, em favor dos Segurados, **sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Garantias Básicas.**

Constarão do Contrato de cada apólice as garantias escolhidas pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante, suas particularidades e respectivos critérios de composição dos capitais segurados, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Garantias Básicas para a validade deste seguro.

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS – PRAZO CURTO EVENTOS

As garantias adiante relacionadas deverão ser sempre consideradas em conjunto com o que dispõe os **riscos excluídos, constantes no item 16 desta Condição Geral.**

A cobertura deste seguro limita-se às consequências de acidentes pessoais ocorridos ao segurados no interior do local do evento, conforme estabelecido em contrato, e terminará no momento em que o segurado deixar o referido local. Este produto é caracterizado como Prazo Curto, podendo ser contratado por até 1 (um) ano.

7.1 ESTRUTURA

Este seguro oferece as seguintes garantias:

Garantias Básicas:

- ▲ Morte Acidental (MA)
- ▲ Morte Acidental – Auxílio Funeral
- ▲ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
- ▲ Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

Garantias Adicionais:

- ▲ Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)
- ▲ Diárias com Internação Hospitalar – DIH
- ▲ Diárias com Internação Hospitalar em ITU – DIH-UTI

7.2 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.

Esta cobertura não prevê franquia e/ou carência.

Forma de Pagamento

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia.

▲ MORTE ACIDENTAL - AUXÍLIO FUNERAL

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor correspondente às despesas do funeral, em caso de falecimento do Segurado **decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

Esta cobertura não prevê franquia e/ou carência

Forma de Pagamento

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS– PRAZO CURTO EVENTOS



O pagamento do Auxílio Funeral será ser feito através de reembolso dos valores gastos com o funeral, mediante apresentação das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas.

O pagamento do Auxílio Funeral não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais que possam ter sido contratadas.

▲ 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.

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 consequente pagamento do Capital Segurado não caracteriza o cancelamento do segurado, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente.

Tabela de Cálculo da Indenização em 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	% sobre o Capital Segurado
	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

CONDIÇÕES GERAIS
ACIDENTES PESSOAIS – PRAZO CURTO EVENTOS

	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	% sobre o Capital Segurado
	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.	
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 1/2; 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

CONDIÇÕES GERAIS
ACIDENTES PESSOAIS – PRAZO CURTO EVENTOS

	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

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	

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 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
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 (hidrocefalia)	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);

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS– PRAZO CURTO EVENTOS

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 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.

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

k) O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

Esta cobertura não prevê franquia e/ou carência.

Forma de Pagamento

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia.

Reintegração de Garantia

Nos casos de Invalidez Parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem a cobrança de prêmio adicional.

▲ 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.

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 Total por Acidente, desde que seja definitivo o caráter da invalidez, a Seguradora pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente		% sobre o Capital Segurado
PERMANENTE	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
INVALIDEZ TOTAL	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 perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente;
- d) A Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser comprovada através de declaração médica que 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;
- e) 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.
- f) **Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.**
- g) **f) O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.**

Esta cobertura não prevê franquias e/ou carências.

Forma de Pagamento

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia.

7.3 GARANTIAS ADICIONAIS

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS– PRAZO CURTO EVENTOS



▲ DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

Garante o reembolso de Despesas Médico-Hospitalares e odontológicas, 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.

Possuindo o Segurado mais de uma apólice na Seguradora ou em outra companhia, garantindo Despesas Médico-Hospitalares e odontológicas, 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.

Esta cobertura não prevê franquias e/ou carências.

Riscos Excluídos

Excluem-se ainda da garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e odontológicas, além dos demais riscos constantes no item 16 desta Condição Geral, 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.

Forma de Pagamento

O pagamento desta garantia será feito através de reembolso dos valores gastos com o tratamento, mediante apresentação das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas.

▲ DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

Garante ao Segurado o pagamento de diárias por hospitalização, em caso de internação hospitalar do Segurado Titular **decorrente exclusivamente de acidente pessoal**, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, quando este ocorrer dentro do período de cobertura e desde que justificado e reconhecido pela prática médica.

Limite de Diárias

A diária de internação hospitalar a ser paga corresponde ao número de dias em que o segurado ficar internado. Observado o limite máximo contratual de 360 (trezentos e sessenta) diárias, estas são devidas a partir do 2º (segundo) dia de caracterização da internação hospitalar.

O valor e a quantidade de diárias contratadas serão estabelecidos no Contrato de Seguro.

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 no Contrato do seguro.

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 no Contrato do seguro.

Franquia

A cada evento coberto não será considerado para efeito de indenização o primeiro dia de internação.

Esta cobertura não prevê carência.

Riscos Excluídos

Excluem-se ainda desta garantia adicional, além dos demais riscos constantes no item 14 deste manual, as internações hospitalares clínicas ou cirúrgicas objetivando a realização de:

- a) tratamentos de lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias; declaradas por órgão competente, exceto se 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;
- b) internação hospitalar para o tratamento de qualquer doença;
- c) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro;
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão do evento ocorrido da vigência do seguro;
- e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- f) tratamento por senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
- g) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal.

▲ DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - UTI (DIH – UTI)

Garante ao Segurado o pagamento de diárias por hospitalização em UTI – Unidade de Terapia Intensiva, em caso de internação hospitalar em UTI do Segurado Titular **decorrente exclusivamente de acidente pessoal**, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, e desde que justificado e reconhecido pela prática médica.

Limite de Diárias

A diária de internação hospitalar em UTI a ser paga corresponde ao número de dias em que o segurado ficar internado em UTI – Unidade de Terapia Intensiva, Observado o limite máximo contratual de 360 (trezentos e sessenta) diárias, estas são devidas a partir do 2º (segundo) dia de caracterização da internação hospitalar.

O valor e a quantidade de diárias contratadas serão estabelecidos no Contrato de Seguro.

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 no Contrato do seguro.

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 no Contrato do seguro.

Franquia

A cada evento coberto não será considerado para efeito de indenização o primeiro dia de internação.

Esta cobertura não prevê carência.

Riscos Excluídos

Excluem-se ainda desta garantia adicional, além dos demais riscos constantes no item 14 deste manual, as internações hospitalares clínicas ou cirúrgicas objetivando a realização de:

- a) tratamentos de lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias; declaradas por órgão competente, exceto se 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;
- b) internação hospitalar para o tratamento de qualquer doença;
- c) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro;
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão do evento ocorrido da vigência do seguro;
- e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- f) tratamento por senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
- g) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal.

8. PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo do seguro é estipulado no Contrato, Aditivos e Propostas de Seguro com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas dos dias ali designados, sendo facultada ainda, a contratação do seguro por período inferior a um ano.

Nos contratos de seguro cujas propostas de contratação 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.

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 das 24hs do dia da recepção da proposta pela Seguradora, desde que aceita pela mesma.

O início de vigência individual de cada segurado será sempre a partir da entrada no interior do local do evento, e terminará no momento em que o segurado deixar o referido local.

A Seguradora reserva-se o direito de verificar o número de tickets vendidos, obrigando-se o Estipulante e/ou Sub-Estipulante a facilitar a verificação necessária.

Em qualquer hipótese, o início de vigência individual estará condicionado à análise e aceitação do risco 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.

Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora à faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

9. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

Para contratação e/ou alteração do seguro, deve ser preenchida e assinada a Proposta de Contratação pelo Estipulante, Sub-Estipulante e pelo Corretor, devendo ela ser entregue em um dos escritórios da Seguradora.

10. ACEITAÇÃO DO SEGURO

A Seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar a respeito da aceitação do risco proposto pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante, a contar da data do respectivo protocolo de recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

Poderá ser feita, uma única vez, a solicitação de documentos complementares para a análise e aceitação do risco ou da alteração da Proposta. 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 solicitada.

Em caso de não aceitação do risco por parte da Seguradora, o Estipulante e/ou Sub-Estipulante ou o Segurado será(ão) comunicado(s) por escrito, com a justificativa à recusa, bem como serão devolvidos todos os valores eventualmente oferecidos a título de prêmio, no prazo máximo de 10 (dez) dias, atualizados a partir da data do real pagamento até a data da efetiva restituição por parte da Seguradora pela variação do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado.

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.

11. CAPITAL SEGURADO

O valor do capital segurado poderá ser escolhido pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante, e constará no Contrato e Proposta de Contratação, somente podendo ser alterado com prévia concordância entre as partes contratantes, sendo expresso em moeda corrente nacional.

O Capital Segurado Individual será calculado através da divisão do Capital Segurado Global Contratado pelo Estipulante para o total de expectadores/público e/ou participantes do evento que constará na apólice, respeitando-se os limites estabelecidos no Contrato.

Se a quantidade de expectadores/público e/ou participantes exceder o total da capacidade do local ou mesmo o acordado em contrato, o Capital Segurado Individual será automaticamente ajustado rateando-se o Capital Total Contratado de forma proporcional ao novo número de expectadores/público e/ou participantes que estiver no referido local, respeitando-se o limite máximo individual conforme especificado no Contrato.

O limite de Capital Segurado Individual contratado, não poderá exceder o valor acordado em contrato.

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

12. ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Toda e qualquer alteração de capital segurado nas apólices somente será realizada se solicitada expressamente pelo Estipulante e /ou Sub-Estipulante, e desde que aceite pela Seguradora.

13. REVISÃO DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO

O capital segurado será estabelecido na Proposta de Contratação e no Contrato, podendo ser revisto a qualquer momento, a pedido do Estipulante e/ou Sub-Estipulante, conforme determinado no Contrato, desde que expressamente aceito pela Seguradora.

14. INCLUSÃO DE SEGURADOS

Constará na Proposta de Contratação e no Contrato, a seguinte forma de adesão e custeio:

ADESÃO COMPULSÓRIA: abrangerá todos os participantes do evento.

CUSTEIO: 100% não contributário

15. RENOVAÇÃO DO SEGURO

Ao final da vigência o Contrato de Seguro poderá ser renovado automaticamente uma única vez e por igual período, salvo se a Seguradora ou Estipulante e/ou Sub-Estipulante comunicar desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.

Feita uma renovação automática, as renovações seguintes deverão ter anuência expressa do Estipulante e/ou Sub-Estipulante.

Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice.

16. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das informações descritas na definição de cada garantia, estão excluídos 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) de atos ilícitos praticados pelo Segurado, pelo seu(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro;

a.6) Prática, por parte do Estipulante e/ou Sub-Estipulante, seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes 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;

d) Mutilação voluntária, exceto quanto relacionada à tentativa de suicídio;

e) Morte do Segurado provocada por epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;

17. REGIME FINANCEIRO

Este plano de seguro é estruturado no regime financeiro de repartição simples e devido à natureza deste regime, não é devido 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.

18. PROVA DO SEGURO

Para cada Estipulante será enviada a Apólice e a Especificação do Seguro, que conterà os seguintes elementos mínimos:

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

19. REAVALIAÇÃO E AJUSTE DE TAXA

Na implantação da apólice, a taxa poderá ser recalculada tomando-se por base o efetivo grupo segurado, sendo mantida a taxa original calculada no estudo, caso esta não seja inferior ou superior à margem de oscilação estabelecida no Contrato.

Quando ocorrerem alterações substanciais na composição do grupo que justifiquem a reavaliação de taxa, ou em função de desequilíbrio técnico atuarial, esta será recalculada com base no grupo segurado na data da avaliação, tomando-se por base o resultado efetivo do seguro e a previsão de custos da Seguradora para o novo período, conforme os critérios adiante descritos:

Periodicidade: A reavaliação de taxa será efetuada anualmente;

Período de Análise: Os períodos de análise são cumulativos, ou seja, a análise do período atual deverá contemplar também as informações dos períodos anteriores, ficando limitado a uma quantidade de meses para análise indicada no Contrato;

Sinistralidade: quando o índice do sinistro/prêmio for superior àquele indicado como limite no Contrato, e ainda não tiver findado a vigência da apólice, a taxa será reajustada de forma que a análise cumulativa do período anterior somada à previsão dos próximos períodos, totalizando um ano de vigência, leve a um índice de sinistralidade igual ou inferior ao índice limite estabelecido.

Caso seja necessário algum ajuste na taxa, a Seguradora informará ao Estipulante e/ou Sub-Estipulante através de aditivo, com antecedência de 60 (sessenta) dias, e caso este não concorde expressamente, o seguro será cancelado.

20. CANCELAMENTO

A apólice poderá ser cancelada:

- a) A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes;
 - a.1) a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;
 - a.2) quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no item 24.
- b) Pela Seguradora ou pelo Estipulante ao fim do prazo de vigência da apólice, mediante aviso escrito e prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias;
- c) Quando houver falta de pagamento da(s) parcela(s) do(s) prêmio(s) do seguro, desde que observado o disposto na tabela de prazo curto informado no item 24;
- d) Pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro;
- e) Quando forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas por parte do Estipulante e/ou Sub-Estipulante, seus prepostos ou seus beneficiários, que tenham influenciado na sua aceitação ou ainda na obtenção ou na majoração da indenização.

21. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A cobertura do seguro de cada Segurado cessa, além do disposto no item anterior, quando:

- a) Ocorrer o falecimento do Segurado;

- b) final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.
- c) Após o segurado deixar o referido local do evento, conforme item 8 das Condições Gerais.

Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, o segurado será imediata e automaticamente cancelado.

22. CUSTEIO DO SEGURO

Para fins deste seguro e de acordo com a declaração constante na Proposta de Contratação feita pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante, o custeio do seguro será **NÃO CONTRIBUTÁRIO**, ou seja, 100% (cem por cento) custeado pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante.

23. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUB-ESTIPULANTE

Constituem obrigações do Estipulante e/ou Sub-Estipulante:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e a aceitação do risco, previamente estabelecidas por ela, incluindo os dados cadastrais;
- b) Manter a Seguradora informada a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro ou acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Deverão constar dos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos Segurados, explicitamente, os valores de prêmio do seguro, a Seguradora responsável pelo recebimento dos prêmios, e a informação, em destaque, de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do seguro;
- f) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- g) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice;
- h) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitido para o Segurado;
- i) Comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro;
- j) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e dos prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- k) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- l) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- m) Informar o nome da sociedade seguradora, bem como o percentual de participação do risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
- n) Responder solidariamente com o Sub-Estipulante e, este com o Estipulante no caso de apólices caracterizadas pela contratação de diferentes subgrupos as responsabilidades e as obrigações provenientes deste seguro.

Fica expressamente vedado ao Estipulante e ao Sub-Estipulante:

- a) Cobrar dos Segurados taxa de inscrição ou de intermediação, ou quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;
- c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem a prévia anuência da seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;
- d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes.

24. PAGAMENTO DO PRÊMIO

O pagamento do prêmio poderá ser à vista, mensal, anual, ou ainda fracionado, de acordo com a opção do Estipulante e/ou Sub-Estipulante, conforme definido no Contrato.

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS– PRAZO CURTO EVENTOS



O prêmio do seguro será calculado considerando-se o capital segurado, as garantias contratadas, a taxa média e outros critérios eventualmente estabelecidos no Contrato.

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

Caso o Estipulante, Sub-Estipulante 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 para pagamento 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.

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 para pagamento 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 este já havia sido efetuado.

O não pagamento do prêmio por parte do Estipulante ou Sub-Estipulante nos seguros não contributários, até a data de vencimento estabelecida no respectivo documento de cobrança, acarretará o cancelamento automático da apólice a partir do dia subsequente ao início 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 moratórios equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional, 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 no Contrato o critério adotado, bem como os juros praticados.

É garantido ao Estipulante e/ou Sub-Estipulante 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

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

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS – PRAZO CURTO EVENTOS

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
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
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.

A Seguradora informará ao Estipulante e/ou Sub-Estipulante 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 Estipulante e/ou Sub-Estipulante 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.

25. 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 destes, 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.

Na falta de beneficiário nomeado, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, ou na inexistência de cláusula beneficiária que conste no Contrato, 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.

Para a Cobertura de Auxílio Funeral, será considerado beneficiário a pessoa indicada na Nota Fiscal do serviço de assistência funeral que tenha arcado com as despesas do funeral do segurado.

26. INDENIZAÇÃO

Data do Evento

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro: Nas garantias de Morte Acidental (MA), Morte Acidental-Auxílio Funeral, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA e IPTA), Despesas Médico-Hospitalares Odontológicas (DMHO), Diárias de Internação Hospitalar (DIH) e Diárias de Internação Hospitalar – UTI (DIH – UTI), a data do acidente.

Acúmulo de Indenizações

As indenizações por Morte decorrente de Acidente e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial 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 Total ou Parcial por Acidente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

A indenização por Despesas Médico-Hospitalares, Diárias de Internação Hospitalar e Diárias de Internação Hospitalar - UTI são cumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro.

Limite Máximo de Indenização

O limite máximo de indenização corresponde ao valor do capital segurado individual, cujo critério para sua determinação constará no Contrato 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 um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que 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 restringindo a cobertura contratada.

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

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

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

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

Na hipótese de não cumprimento do prazo para pagamento da respectiva obrigação pecuniária, as indenizações serão atualizadas monetariamente pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento.

A contagem do prazo de 30 (trinta) dias será suspensa em caso de solicitação de nova documentação, na forma prevista no item 27.2.1, alínea “a” destas Condições Gerais e volta a correr quando do atendimento destas solicitações.

Quando o prazo da liquidação de sinistro superar os prazos citados nos parágrafos anteriores, serão devidos juros moratórios equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional,, contados a partir do primeiro dia posterior ao término deste prazo até a data do pagamento da respectiva indenização.

No caso de beneficiários com idade entre 16 (dezesseis), 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.

27. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

27.1 AVISO DE SINISTRO

Ocorrido um evento previsto no Contrato de Seguro, este deverá ser comunicado de imediato para a Alfa Previdência e Vida S.A., por FAX, telegrama, e-mail ou carta, independentemente da remessa da documentação. Neste aviso, deverá conter as seguintes informações:

- Nome do Segurado principal e CPF;
- Nome do Segurado sinistrado e CPF;
- Número da apólice e/ou Nome do Estipulante;
- Tipo do evento (Morte Acidental, Invalidez por Acidente, outros)
- Data efetiva do sinistro (Morte Acidental/IPA/ → a data do acidente); se Morte Natural → a data do óbito).

Em seguida, deverá ser entregue CÓPIA da documentação relacionada abaixo, com o formulário Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Passageiro ou seus beneficiários, com firma reconhecida deste.

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.

27.2 DOCUMENTOS A SEREM ENVIADOS

Documentos para todas as garantias

- Vínculo do Segurado ao Evento (Ex.: Pulseira de Acesso, Ingresso, Lista, etc.)
- **Poderão ser solicitadas as principais peças que instruem o Inquérito Policial ou mesmo Boletim de Ocorrência, quando for o caso, se tal documento for necessário para conclusão da análise técnica.**

▲ MORTE ACIDENTAL

- Aviso de Sinistro preenchido pelo beneficiário, reclamante e/ou Estipulante, devidamente assinado e com firma reconhecida;
- Certidão de Óbito;
- RG e CPF do Segurado;
- Boletim de Ocorrência policial;
- Laudo Necroscópico elaborado pelo IML;
- Laudo de exame de dosagem alcoólica e toxicológico, se houver;
- Carteira Nacional de Habilitação, caso a vítima/Segurado seja o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Laudo de Perícia Técnica;
- Termo de Reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima;
- Documentos dos beneficiários.

Para as garantias abaixo indicadas, será necessário o envio dos documentos descritos nas coberturas de Morte Acidental, bem como os respectivos documentos adiante relacionados:

▲ MORTE ACIDENTAL – AUXÍLIO FUNERAL

- Documentos para a cobertura de Morte Acidental
- Notas Fiscais originais das despesas com o funeral do Segurado;
- RG, CPF e Comprovante de Residência daquele que efetuou o referido pagamento.

Documentos dos beneficiários em caso de Morte Acidental

1. Quando houver indicação expressa (nome por extenso), o 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 representante legal (pai/mãe ou quem estiver designado no Termo de Tutela). Desta forma, os documentos relacionados no respectivo item referem-se ao próprio beneficiário bem como ao seu tutor, o qual deverá dar quitação a qualquer indenização juntamente com o menor.

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS– PRAZO CURTO EVENTOS

b) Beneficiários menores de 16 (dezesseis) anos deverão ser representados por seu representante legal (pai/mãe ou quem estiver designado no Termo de Tutela).

2. Quando não houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário no Bilhete de Seguro 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:

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

Em caso de segurado viúvo:

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

Em caso de segurado separado judicialmente:

- o Certidão de Casamento atualizada com a averbação de separação;
- o Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS – PRAZO CURTO EVENTOS

- 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, 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. Quando o beneficiário residir com os pais, será necessário o preenchimento do Formulário DECLARAÇÃO DOS FILHOS (modelo disponibilizado pela Alfa). 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.

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.

Universitários 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.

▲ INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA) OU INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

- Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado e/ou Estipulante, assinado e com reconhecimento de firma;
- Boletim de Ocorrência policial.
- Laudo de Exame de Corpo de Delito realizado pelo IML quando o Segurado contribuir para o agravamento do risco;
- 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;
- 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;
- Carta de concessão de aposentadoria, bem como carnê/extrato de recebimento do pecúlio expedido pelo INSS, quando se tratar de Invalidez Total;
- RG e CPF do Segurado;
- Documentos dos beneficiários (em item específico);
- Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela, quando se tratar de alienação mental.

▲ DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

- Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado e/ou Estipulante, assinado e com reconhecimento de firma;
- RG e CPF do Segurado;
- Comprovantes originais das despesas médicas, acompanhadas do pedido médico;
- Discriminação das despesas hospitalares e serviços complementares com valores individualizados;
- Descrição dos materiais e medicamentos utilizados com os respectivos valores unitários e receituário médico;
- Se estava dirigindo o veículo envolvido no acidente, CNH (Carteira Nacional de Habilitação);
- 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, deverá constar no recibo ou nota fiscal os procedimentos realizados conforme tabela da AMB (Associação Médica Brasileira), bem como carimbo do médico com CPF e CNPJ;
- Cópia do pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados.

Obs.: Comprovantes de medicamentos e exames necessitam ser acompanhados de adequada prescrição médica, notas fiscais e quitação dos pagamentos.

No caso de tratamentos prolongados, é necessário relatório médico, detalhando os procedimentos a serem adotados, o prazo e o custo aproximado, até a conclusão.

▲ DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR- DIH

- 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);
- Cópia simples do prontuário médico comprovando a internação hospitalar;

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS– PRAZO CURTO EVENTOS

- Original do relatório de procedimento de internação com a descrição do tratamento, prognóstico e alta médica definitiva;
- Originais de todos os exames realizados;
- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou do curador);
- Formulário de Beneficiário (modelo Alfa): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

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".

▲ DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR UTI– DIH UTI

- 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;
- Laudo do primeiro atendimento com descrição detalhada das lesões e procedimentos realizados;
- Declaração do hospital (ou médico) constando período de hospitalização, bem como informando tratamentos que estão sendo realizados nesse período;
- Prontuário médico hospitalar, com os resultados dos exames complementares, incluindo imagens e respectivos laudos.
- Se estava dirigindo o veículo envolvido no acidente, Carteira Nacional de Habilitação.
- RG e CPF do segurado sinistrado.

27.2.1 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.

28. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

O âmbito territorial de qualquer garantia é o globo terrestre, **exceto se houver disposição em contrário no Contrato.**

29. ALTERAÇÃO DE CONTRATO

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

30. PRESCRIÇÃO

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

31. FORO

Fica eleito o foro da Comarca do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, 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.