

CONDIÇÕES GERAIS

Acidentes Pessoais Coletivo de Eventos – Capital
Global



CONDIÇÕES GERAIS.....	6
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	6
2. DEFINIÇÕES.....	6
3. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	13
4. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS.....	14
5. OBRIGAÇÕES.....	15
6. COBERTURAS DO SEGURO.....	16
7. RISCOS EXCLUÍDOS.....	18
8. CAPITAL SEGURADO.....	18
9. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES.....	19
10. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA.....	20
11. CUSTEIO DO SEGURO.....	20
12. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	20
13. SUSPENSÃO DE COBERTURAS POR ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS.....	22
14. REABILITAÇÃO DE COBERTURAS.....	23
15. CANCELAMENTO DE COBERTURAS POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIOS.....	23
16. BENEFICIÁRIOS.....	23
17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	24
18. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO.....	28
19. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	28
20. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	29
21. PERDA DE DIREITO.....	30
22. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	31
23. MULTA E MORA EM CASO DE ATRASO NO PAGAMENTO DOS PRÊMIOS E SINISTROS.....	31
24. REGIME FINANCEIRO.....	32
25. PROVA DO SEGURO.....	32
26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	32
27. SUB-ROGAÇÃO.....	32
28. PRESCRIÇÃO.....	33
29. MOEDA.....	33
30. IMPOSTOS.....	33
31. COSSEGURO.....	33

32. FORO	33
33. REGISTRO NA SUSEP	33
CONDIÇÕES ESPECIAIS	34
CLÁUSULA DE MORTE ACIDENTAL - MA	34
1. OBJETIVO	34
2. DEFINIÇÕES	34
3. RISCOS COBERTOS.....	34
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	34
5. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	34
6. CAPITAL SEGURADO.....	34
7. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	34
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	34
9. RATIFICAÇÃO.....	36
CLÁUSULA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA	37
1. OBJETIVO	37
2. DEFINIÇÕES	37
3. RISCOS COBERTOS.....	37
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	38
5. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA.....	38
6. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	42
7. CAPITAL SEGURADO.....	42
8. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	42
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	42
10. RATIFICAÇÃO.....	43
CLÁUSULA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA.....	44
1. OBJETO DA GARANTIA.....	44
2. DEFINIÇÕES	45
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	45
4. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	46
5. CAPITAL SEGURADO.....	46
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	46
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	46

8. RATIFICAÇÃO.....	47
CLÁUSULA DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE - DMHO	48
1. OBJETIVO	48
2. DEFINIÇÕES	48
3. RISCOS COBERTOS.....	48
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	49
5. DA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	49
6. DA COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS.....	49
7. CLÁUSULA DE CONCORRÊNCIA	49
8. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	50
9. CAPITAL SEGURADO.....	50
10. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	50
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	50
12. RATIFICAÇÃO.....	51
CLÁUSULA DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - DIT	52
1. OBJETIVO	52
2. DEFINIÇÕES	52
3. RISCOS COBERTOS.....	53
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	53
5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA	53
6. DA COMPROVAÇÃO DO AFASTAMENTO	53
7. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	53
8. CAPITAL SEGURADO.....	54
9. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	54
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	54
11. RATIFICAÇÃO.....	55
CLÁUSULA DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE– DIH.....	56
1. OBJETO DA GARANTIA.....	56
2. DEFINIÇÕES	56
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	56
4. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	57
5. CAPITAL SEGURADO	57

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	58
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	58
8. RATIFICAÇÃO.....	59

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

O objetivo deste seguro é garantir, dentro dos limites da apólice, os segurados durante o evento segurado conforme discriminado na especificação da apólice, contra quaisquer eventos previstos nas condições e cláusulas deste seguro, desde que tais eventos estejam incluídos nas coberturas contratadas pelo Estipulante e/ou Segurado, durante sua vigência, exceto se decorrente de riscos excluídos.

1.1. Consideram-se como segurado todas as pessoas físicas que participem do evento como atletas, equipes técnicas, prestadores de serviços, funcionários, organizadores, espectadores, públicos, artistas, competidores etc., expostas ao risco de acidente pessoal durante o evento segurado.

2. DEFINIÇÕES

Para efeito deste seguro, prevalecem as seguintes definições, em ordem alfabética:

Acidente Pessoal

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 torne necessário tratamento médico, incluindo-se neste conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforço Repetitivo – 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 suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

Aditivo

Condição suplementar incluída no contrato de seguro. O termo aditivo também é empregado no mesmo sentido de endosso.

Agenciamento

Trabalho realizado junto as pessoas seguráveis a fim de divulgar o seguro e angariar possíveis adesões.

Âmbito de Cobertura

Significa abrangência da cobertura em determinado tipo de seguro, ou seja, a delimitação entre riscos que estão cobertos e os que não estão.

Apólice

Documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

Aviso de Sinistro

É a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que tenha o seu conhecimento.

Beneficiário

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

Boa-fé

Um dos princípios básicos do seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do contrato e na determinação do significado dos compromissos assumidos. O Segurado se obriga a descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência de sinistro. A Seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o Segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes. Esse princípio obriga, igualmente, a Seguradora a evitar o uso de fórmulas ou interpretações que limitem sua responsabilidade perante o Segurado.

Capital Segurado

Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

Carência

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

Carregamento

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

Cláusula Adicional

Cláusula suplementar, adicionada ao contrato, estabelecendo condições suplementares. Em geral, as apólices de seguros já trazem impressas as cláusulas reguladoras do contrato (Condições Gerais), daí a necessidade de cláusulas adicionais para a estipulação de novas condições, conforme a natureza do seguro.

Cobertura

Proteção conferida por um contrato de seguro ou de resseguro. Também chamada como garantia, com a qual por vezes se confunde.

Coberturas de Risco

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

Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais e da apólice.

Condições Gerais

Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

Condições Especiais do Seguro

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

Contrato

Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

Consignante

Pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

Corretor de Seguros

Perante a legislação brasileira, o corretor é o intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e a promover contratos de seguro, entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, podendo ser brasileiro ou estrangeiro, se pessoa física, mas com residência permanente ao país. Ao corretor é permitido ter prepostos de sua livre escolha, bem como designar, entre eles, o que o

substitua nos seus impedimentos ou faltas. A habilitação do corretor ao exercício da profissão depende da obtenção de um diploma de aprovação em exame promovido pela FUNENSEG.

Declaração Pessoal de Saúde

É o questionário, normalmente integrante da proposta individual de adesão, no qual o proponente do Seguro de Vida, individual ou em grupo, presta as informações sobre seu estado de saúde e por elas se responsabiliza, sob as penas previstas no Código Civil, substituindo o exame médico.

Estipulante

Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

Estorno de Prêmio

É a retificação de erro cometido, ao lançar, indevidamente, um prêmio ou parcela do mesmo, em crédito ou débito.

Evento

É toda e qualquer ocorrência ou acontecimento passível de ser garantido por uma apólice de seguro.

Evento Segurado

Acontecimento, apresentação ou ato descrito nas especificações da apólice com características específicas e tendo como finalidade principal propiciar encontro de pessoas. Desta forma, são definidos como Eventos: palestras, cursos, feiras, exposições de arte, shows musicais, road shows (apresentações itinerantes), convenções de vendas e congressos, batizados, comemorações de aniversários, noivados, casamentos, confraternizações de final de ano, cafés da manhã, almoços, jantares, como os de marketing e de premiação, cocktail, competições desportivas esporádicas ou periódicas como jogos, campeonatos, torneios, olimpíadas e rodeios.

Franquia

Quando aplicável, é o valor inicial dos prejuízos indenizáveis, absorvido exclusivamente pelo Segurado em consequência do evento coberto.

Funcionário

É aquele que mantém vínculo direto com o estipulante trabalhando para o mesmo com vínculo formal e que durante a realização do evento ou ainda mesmo durante a fase de preparação, instalação, montagem ou desmontagem do local adentra ao local onde o mesmo será realizado.

Cobertura Básica

É a cobertura principal de um ramo. É básica porque sem ela não é possível emitir uma apólice. A ela são agregadas as coberturas adicionais, acessórias ou suplementares, se ou quando for o caso.

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 que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

Indenização

O valor a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

Índice De Sinistralidade

É o coeficiente ou percentagem que indica a proporção existente entre o custo dos sinistros, ocorridos num conjunto de riscos ou carteira de apólices, e o volume global dos prêmios advindos de tais operações no mesmo período.

Início De Vigência

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

Limite Máximo De Cobertura Da Apólice

É a importância em dinheiro fixada na apólice, correspondente ao valor máximo estabelecido para o maior capital objeto do seguro. Pode ser fixo, quando o capital segurado é paga integralmente (seguros de Vida, por exemplo), ou proporcional, quando o capital segurado é apurado segundo os danos sofridos (invalidez parcial).

Limite Máximo Individual De Cobertura Da Apólice

É a importância em dinheiro fixada na apólice, correspondente ao valor máximo individual contratado para cada segurado equivale ao capital individual segurado.

Liquidação De Sinistro

É o processo para pagamento de indenizações ao Segurado.

Local Segurado

Conjunto de construções destinado ao desenvolvimento das atividades do Evento Segurado, especificado na Apólice, incluindo as dependências anexas situadas no mesmo terreno, muros, telhados, instalações fixas de água, gás, eletricidade, calefação, refrigeração e energia solar.

Migração de Apólices

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

Nota Técnica Atuarial

Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

Natimorto

Aquele que nasceu morto ou que, tendo vindo à luz com sinais de vida, logo morreu.

Organizador/Responsável

Pessoa física, empresa ou entidade pública e/ou privada responsável pela organização do evento e Estipulação da Apólice.

Parâmetros Técnicos

A taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

Participante

É o atleta, equipe técnica, aluno, consumidor ou pessoal de staff e apoio, comissário, juiz, inspetores, auxiliares e funcionários da empresa Organizadora que atuará ativamente no evento realizando a atividade ou concorrendo para sua realização.

Período De Cobertura

Aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

Prazo De Vigência da Apólice

É o período compreendido entre a data de início de vigência da apólice (ou de seu aniversário) e seu vencimento (dia anterior ao do aniversário de vigência).

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.

Prestador de Serviços:

É aquele que através de contrato de trabalho expresso ou ainda contrato de uso de espaço no local do evento adentra ao local do mesmo para exercer suas atividades durante a sua realização.

São eles os artistas, pessoal da banda, vendedores ambulantes, comerciantes, expositores, seguranças desarmados, montadores, carregadores e todos os funcionários das empresas contratadas pelo estipulante

que estejam em atividade durante o período de preparação, instalação, montagem e desmontagem do evento , exercendo suas atividades dentro do local do evento, durante a realização do mesmo.

Pró-Labore

Denominação dada também à comissão de administração, sob a forma percentual, devida enquanto vigorar a apólice, pagável ao Estipulante ou a quem este indicar para administrar o Seguro de Vida em Grupo e/ou Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

Proponente

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

Proposta De Adesão

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

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

Publico/ Espectador :

Pessoa física que através do pagamento de ingresso ou não adquire a qualidade de participante do evento na qualidade de espectador adentrando ao local onde o mesmo ocorrerá, durante sua realização e término oficial.

Reintegração De Capital

Restabelecimento da importância segurada, após o sinistro e o pagamento do capital segurado pelo evento coberto.

Renovação Automática

Modalidade de renovação na qual o seguro permanece em vigor, sempre que não exista manifestação em contrário de uma ou de ambas as partes contratantes.

Ressegurador

É a pessoa jurídica, Seguradora e/ou Resseguradora, que aceita, em resseguro, a totalidade ou parte das responsabilidades repassadas pela Seguradora direta, ou por outros resseguradores, recebendo esta última operação o nome de retrocessão.

Risco

É o evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o seguro. O risco é a expectativa de sinistro. Sem risco não pode haver contrato de seguro. É comum a palavra ser usada, também, para significar a coisa ou pessoa sujeita ao risco.

Riscos Excluídos

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

Segurado Principal

É a pessoa física ou jurídica que, tendo interesse segurável, contrata o seguro em seu benefício pessoal ou de terceiros.

Seguro

Contrato pelo qual uma das partes se obriga, mediante cobrança de prêmio, a indenizar outra pela ocorrência de determinados eventos ou por eventuais prejuízos. É a proteção econômica que o indivíduo busca para prevenir-se contra a necessidade aleatória.

Sinistro

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

Tábua de Mortalidade

Definida como “o instrumento destinado a medir as probabilidades de vida e de morte”. Consiste, na sua forma mais elementar, em uma tabela que registra, de um grupo inicial de pessoas da mesma idade, o número daquelas que vão atingindo as diferentes idades, até a extinção completa do referido grupo.

Taxa

Elemento necessário à fixação das tarifas de prêmios, cálculo de juros, reservas matemáticas, etc. A taxa é uma percentagem fixa, que se aplica a cada caso determinado, estabelecendo a importância necessária ao fim visado. Nos Seguros de Vida em Grupo, é comum encontrar taxas expressas em per milagem (%).

3. ACEITAÇÃO DO SEGURO

Recebida a Proposta de Contratação assinada pelo Estipulante e Corretor de seguros, após a aceitação do risco pela Generali Brasil Seguros, será emitido a apólice, com as respectivas Condições Gerais e Especiais, sendo que:

- a) a análise e aceitação dos proponentes será feita por meio de Guia de Recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações a Previdência Social (GFIP) e/ou Contrato de Prestação de Serviço e/ou Contrato de Locação (com informação da capacidade de lotação) e/ou Relação de Organizadores e/ou Relação dos Participantes e/ou Relação dos Competidores.

3.1. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

3.2. A Proposta de Contratação escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.

3.3. Caberá à sociedade seguradora fornecer ao Estipulante obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta de Contratação por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

3.4. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação da Proposta de Contratação, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

3.4.1. A solicitação de proposta de adesão e/ou de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração Proposta de Contratação, poderá ser feita apenas uma vez. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da referida documentação.

3.4.2. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 3.4.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 3.4 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.

3.5. A Seguradora procederá à comunicação formal, ao Corretor / Segurado, no caso de não aceitação da Proposta de Contratação, justificando a recusa.

3.6. A ausência de manifestação, por escrito, da sociedade seguradora, nos prazos previstos no subitem 3.4 anterior, caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Contratação.

3.7. Em caso recusa do risco onde tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Nesse caso o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da Proposta de Contratação com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

3.8. É obrigatória a emissão da apólice e envio ao estipulante, pela sociedade seguradora, no início do seguro. Em cada uma das renovações subseqüentes seguirá o correspondente aditivo.

3.9. A emissão da apólice ou dos aditivos Será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da Proposta de Contratação.

3.10. Possuindo o segurado mais de uma apólice, nesta ou em outra seguradora, garantindo despesas médico-hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta seguradora, nesta apólice, será igual a importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta cobertura em cada uma delas.

3.11. A data de aceitação da Proposta de Contratação será aquela em que a seguradora se manifestar formalmente ou a de término dos prazos previstos no **subitem 3.4 anterior**, nesta última hipótese, em caso de ausência de manifestação formal em contrário, por parte da seguradora.

4. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

Estipulante é a pessoa física ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido dos poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras.

4.1. O Seguro de Pessoas pode ser estipulado por pessoa natural ou jurídica, em proveito de grupo que a ela, de qualquer modo se vincule. O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, porém é o único responsável para com a mesma, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

4.1.1. Para fins de interpretação das presentes Condições Gerais, as referências ao Estipulante, aplicam-se aos subestipulantes.

4.2. Fica expressamente vedada a atuação como estipulante:

- a) Corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes;
- b) Corretores;
- c) Sociedades seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.

4.3. A vedação estabelecida no subitem 4.2. não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.

4.4. Não é considerada estipulante a pessoa jurídica que, sem ter subscrito proposta de contratação, tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável exclusivamente pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na folha de pagamento do respectivo segurado e o conseqüente repasse em favor da sociedade Seguradora.

4.5. É expressamente vedado ao Estipulante:

- a) Cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro;
- b) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- c) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

4.6. Dos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelo Estipulante deverão constar, explicitamente, o prêmio do seguro, a sociedade seguradora responsável pelo recebimento dos prêmios, e a informação, em destaque, de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do seguro.

5. OBRIGAÇÕES

5.1. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:

- a) Fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por àquela, incluindo dados cadastrais;
- b) Fornecer ao segurado ou beneficiário, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- c) Pagar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- d) Comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento;

- e) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- f) Comunicar, de imediato, a SUSEP, quaisquer procedimentos que considerarem irregulares quanto ao seguro contratado;
- g) Fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- h) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.
- i) Comunicar formal e expressamente à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às coberturas do seguro, se restar provado que silenciou de má-fé.

5.2. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA:

Prestar ao estipulante, todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

5.3. Comunicada pelo Estipulante de qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, conforme alínea i do subitem 5.1. a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do comunicado expresso para, por escrito, dar ciência ao Estipulante, conforme for o caso, de sua decisão de cancelar a apólice, ou mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

5.4. O cancelamento mencionado no subitem 5.3. só será eficaz 60 (sessenta) dias após a notificação da Seguradora, devendo ser restituída pelo Segurador a diferença do prêmio, se houver, relativo ao período em que a cobertura não mais vigorará.

6. COBERTURAS DO SEGURO

Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos àqueles expressamente convencionados nas cláusulas anexas à apólice, devidamente ratificados no Contrato, que dela fazem parte integrante e inseparável, e que, salvo expressa menção em contrário, ocorram em todo o território nacional.

6.1. As garantias deste Seguro são passíveis de contratação, respeitadas as conjugações disponibilizadas pela seguradora e os riscos excluídos destas condições gerais e das condições especiais, descritas por garantia.

6.2 Constarão do contrato de cada apólice as coberturas escolhidas pelo Segurado, suas particularidades e respectivos capitais segurados.

MA - Morte Acidental - 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 Cobertura 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 e terrenos, jazigos ou carneiros.

IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Garante o próprio 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, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado.

IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente - Garante ao segurado o pagamento de indenização integral do capital segurado contratado para esta garantia, sendo o valor do pagamento é definido após conclusão do tratamento ou esgotado os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e após constatada e avaliada a invalidez permanente total, quando da alta médica definitiva, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente por acidente, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.

DMHO – Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente - Garante o reembolso das Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) efetuadas pelo segurado para o seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente, decorrente exclusivamente, de acidente pessoal coberto, de acordo com a modalidade contratada, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços medico/hospitalares e odontológicas, desde que legalmente habilitados.

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

DIT – Diária de Incapacidade Temporária por Acidente - Garante o pagamento de diárias ao Segurado, se profissional liberal ou autônomo, durante o período em que o mesmo estiver impedido de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, desde que a incapacidade temporária seja decorrente de acidente pessoal coberto por este seguro, até o limite fixado na apólice para esta cobertura.

DIH – Diária de Internação Hospitalar por Acidente - Garante o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso da sua internação hospitalar decorrente de acidente ou doença em caráter estritamente emergencial, entendem-se como tal todas as internações que não sejam eletivas, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.

6.3. O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Proposta de Contratação”, quais as coberturas que pretende contratar.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos especificados em cada cobertura, este Seguro não cobre os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) **Uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição à radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) **De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou outras perturbações da ordem pública e suas conseqüências, exceto quando decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;**
- c) **Estão excluídos qualquer tipo de Eventos que não possuïrem laudo(s) técnico(s)/alvará(s) emitido(s) pela(s) Autoridade(s) Competente(s) para realização do(s) mesmo(s);**
- d) **De doenças, acidente ou lesões preexistentes anterior à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão – quando solicitada -, e que sejam de seu conhecimento;**
- e) **Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso (artigo 798 Código Civil).**
- f) **De inundação, furação, erupção vulcânica, tempestades, terremotos e movimentos sísmicos;**
- g) **De atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;**
- h) **De atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, sócios controladores, dirigentes e administradores, beneficiários e respectivos representantes, quando o seguro for contratado por pessoas jurídicas;**

8. CAPITAL SEGURADO

Para fins deste seguro, o capital segurado global estabelecido na proposta de contratação e na apólice é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, caracterizada de acordo com as Condições Especiais do seguro.

8.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado global, quando da liquidação dos sinistros para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente.

8.2. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

8.3. O capital segurado global será estabelecido na Proposta de Contratação e constará na Apólice, podendo ser revisto a qualquer momento, a pedido do Estipulante e/ou Sub Estipulante, desde que expressamente aceito pela Seguradora, será emitido aditivo de alteração do capital segurado global.

8.4. Capital global segurado para o(s) atleta(s), equipe(s) técnica(s), funcionário(s), prestador(es) de serviço(s), organizador(es), espectador(es), público(s), artista(s) e/ou competidor(es) poderão ser contratados em até duas modalidades, conforme abaixo:

a) Capital Individual Uniforme - CIU:

Será a divisão do Capital Global Segurado, pelo total do numero de atleta(s), equipe(s) técnica(s), funcionário(s), prestador(es) de serviço(s), organizador(es), espectador(es), publico(s), artista(s) e/ou competidor(es).

Exemplo:

$$CIU = \frac{CGT}{NT}$$

Onde:

CIU= Capital Individual Uniforme

CGT= Capital Global Total

NT= Numero Total de atleta(s), equipe(s) técnica(s), funcionário(s), prestador(es) de serviço(s), organizador(es), espectador(es), publico(s), artista(s) e/ou competidor(es)

b) Capital Individual Especifico por Grupo - CIEG:

Será o Capital Global Especifico de cada Grupo - atleta(s), equipe(s) técnica(s), funcionário(s), prestador(es) de serviço(s), organizador(es), espectador(es), publico(s), artista(s) e/ou competidor(es) – dividido separadamente pelo numero total de segurados pertencentes a cada grupo.

Exemplo:

$$CIEG = \frac{CGEG}{NTIG}$$

Onde:

CIEG= Capital Individual Especifico por Grupo

CGEG= Capital Global Especifico do Grupo

NTIG= Número Total de Integrantes do Grupo

9. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente e Morte Acidental não se acumulam.

9.1 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.

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

10.1. O presente seguro cobre os riscos cobertos em qualquer parte do globo terrestre, aplicando-se exclusivamente aos acidentes ocorridos durante a realização do evento segurado e dentro do local segurado especificado no contrato.

10.2. Poderá ser concedida a extensão de cobertura para atividades fora do local segurado, desde que expressamente estabelecido no contrato.

11. CUSTEIO DO SEGURO

Para fins deste seguro e de acordo com a declaração constante na Proposta de Contratação feita pelo Estipulante, o custeio será não contributivo, ou seja, os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus do seu pagamento totalmente sobre o Estipulante.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

12.1. A cobrança do prêmio será efetuada por meio de documento emitido pela Generali Brasil Seguros, do qual deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:

- a) Nome do Estipulante;
- b) Valor do prêmio;
- c) Data de emissão;
- d) Número da apólice;
- e) Data limite para o pagamento.

12.2. Fica entendido e ajustado que qualquer pagamento do capital segurado, prestação de serviço ou realização de reembolso por força do presente contrato somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Estipulante, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim no documento de cobrança.

12.3. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

12.4. É previsto o pagamento do prêmio das seguintes formas:

- a) Pagamento Único;
- b) Pagamento Fracionado 2 a 12 parcelas;
- c) Pagamento Mensal;

A forma de pagamento será estabelecida no Contrato.

12.5. Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

12.6. Deverá ser garantida ao Estipulante, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados, se houver.

12.7. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

12.8. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subseqüentes à primeira, em caso de pagamento fracionado, 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 no subitem 12.10.

12.9. Nos casos de fracionamento de prêmios, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização.

12.10. TABELA DE PRAZO CURTO

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
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

12.10.1. Para os percentuais não previstos na tabela de prazo curto, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

12.11. A sociedade seguradora deverá informar ao Estipulante ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme hipótese prevista no subitem 12.8.

12.12. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos no item 23, dentro do novo prazo de vigência da cobertura, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

12.13. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no subitem 12.09 sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

12.14. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a sociedade seguradora irá suspender a vigência do contrato, pelo período máximo de 90 dias, sendo vedada a cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão, em caso de restabelecimento do contrato.

12.15. O plano prevê multa e juros por atraso no pagamento do prêmio, conforme subitem 23.

12.16. Fica entendido e acordado que nos seguros, os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

12.17. Os valores devidos a título de devolução de prêmios pelas sociedades seguradoras sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item 22, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

12.17.1. No caso de cancelamento do seguro, os valores de que trata subitem anterior serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da sociedade seguradora.

12.17.2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela sociedade seguradora, os valores de que trata o subitem 12.17 serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

12.18. A cobrança do prêmio à vista ou parcelada será efetuada por meio de documento emitido pela sociedade seguradora.

12.18.1. A sociedade seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem anterior diretamente ao Estipulante ou ao seu representante, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

13. SUSPENSÃO DE COBERTURAS POR ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

13.1. Nos casos em que a data de vencimento da parcela do prêmio for anterior ao período de cobertura, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará a suspensão imediata e automática de todas as coberturas por até o prazo de 90 (noventa) dias a partir data do vencimento. Neste prazo, os Segurados ou seus beneficiários perderão o direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

13.2. Nos casos em que a data de vencimento da parcela do prêmio for dentro do período de cobertura ou posterior, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da parcela do prêmio conforme o subitem 13.2.1. Esta situação acarretará na suspensão imediata e automática de todas as coberturas por até o prazo de 90 (noventa) dias a partir da data do vencimento. Neste prazo, os Segurados ou seus beneficiários perderão o direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

13.2.1. O pagamento dos prêmios devidos nestas circunstâncias, será acrescido de multa de 2,0% e juros de 0,5% ao mês, a título de juros de mora.

14. REABILITAÇÃO DE COBERTURAS

Quando suspenso, o seguro, seja a apólice mestra, sejam as coberturas individuais, poderá ser reabilitado, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela do prêmio mensal subsequente ao atraso, respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da referida parcela.

15. CANCELAMENTO DE COBERTURAS POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIOS

15.1. Não havendo o pagamento do prêmio devido no prazo de até 90 (noventa) dias, conforme o item 13, o seguro será cancelado automaticamente.

16. BENEFICIÁRIOS

16.1. O Segurado poderá indicar ou alterar a qualquer tempo seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

16.1.1. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

16.2. Na falta de beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante, aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária, de acordo com o artigo 792 do Código Civil.

16.2.1. Na falta das pessoas acima indicadas (subitem 16.2), serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou de meios necessários para prover sua subsistência.

16.2.2. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade. (Artigo 791 do Código Civil).

16.2.3. 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. (Artigo 793 do Código Civil).

16.3. No caso das coberturas de IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente, DMHO – Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente, DIT – Diária de Incapacidade Temporária por Acidente e DIH – Diária de Internação Hospitalar por Acidente e/ou Doença previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

16.4. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes será pago na forma da Lei (artigo 792 do Código Civil).

17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

17.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, este deverá ser, imediatamente, a ela comunicado, através do preenchimento e entrega do formulário denominado “Aviso de Sinistro” à Seguradora.

17.1.1. Para efeito da apuração do capital individual do segurado, será utilizado as regras definidas no item 8 das Condições Gerais preservados os valores e a modalidade contratada pelo segurado – conforme definido na apólice.

17.1.2. Para efeito da apuração do número de segurados na data de ocorrência do sinistro, considerar-se:

Atleta(s), relação de inscrição dos atletas para o evento;

Equipe(s) Técnica(s), relação de inscrição da equipe técnica para o evento;

Funcionário(s), GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e de Informações à Previdência Social) e/ou contrato social da empresa;

Prestador(es) de Serviço(s), Contrato de Prestação de Serviços;

Organizador(es), GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e de Informações à Previdência Social) e/ou Contrato de Prestação de Serviços;

Espectador(es), público(s), relação de tickets ou ingressos vendidos devidamente nomeados e/ou capacidade oficial de lotação descrita no laudo técnico das autoridades competentes.

Artista(s) e Competidor(es), relação de Artistas e Competidores e/ou Contrato de Prestação de Serviços.

17.2. Fazer constar da comunicação escrita a data, a hora, o local, os valores e as causas possíveis, bem como todas as informações e esclarecimentos sobre as circunstâncias associadas ao evento.

17.3. O pagamento de qualquer capital segurado ou de indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos constantes nas condições especiais de cada garantia contratada, sem prejuízo de outros que se façam necessários dada a especificidade do caso concreto.

17.4. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nas condições especiais da garantia contratada, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 17.3 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

17.4.1. Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 17.3 e 17.4, a Seguradora pagará multa de 2% e juros de mora de 0,5% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

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

17.6. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do segurado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

17.7. A sociedade seguradora poderá solicitar cópia de atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquéritos ou processos instaurados (*a tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização*) em virtude do fato que produziu o sinistro, sem prejuízo do pagamento da indenização no prazo devido.

17.8. O plano só poderá prever a solicitação de outros documentos além daqueles contratualmente previstos para a habilitação ao recebimento da indenização em caso de dúvida fundada e justificável.

17.9. Junta Médica

17.9.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora irá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

17.9.2. A junta médica será constituída por 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 do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

17.9.3. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

17.10. Perícia da Seguradora

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

17.10.2. O Segurado – quando preenchido a Proposta de Adesão – autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

17.10.3. Comprovado algum tipo de irregularidade, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

17.10.4. Os atos ou providências que a seguradora praticar, após o sinistro, não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado reclamado.

17.11. Documentos que Qualificam e Habilitam o Beneficiário

a) Cônjuge - Certidão de Casamento, expedida pelo cartório após óbito do Segurado, carteira de identidade e CPF;

b) Pais - Certidão de Nascimento, carteira de identidade e CPF;

c) Filhos - Certidão de Nascimento, carteira de identidade e CPF;

d) Filhos menores - tratando-se de menores impúberes (até 16 anos), quando tiverem tutor natural (pai ou mãe), o pagamento do capital segurado poderá ser efetuado a um deles, que receberá em nome do menor em função do pátrio poder.

Caso não haja tutor natural, será necessário Termo de Tutela autorizando expressamente à Generali do Brasil a fazer a liquidação do pagamento do capital Segurado, junto a cópia da identidade e CPF do tutor nomeado. Os menores púberes (16 a 18 anos) recebem o pagamento do capital segurado assistidos pelos pais ou responsáveis;

e) Companheira(o) do Segurado - caso o(a) Segurado(a) tenha designado sua(seu) companheira(o) como beneficiária(o) e seja solteiro(a), viúvo(a), separado(a) consensualmente ou divorciado(a), deverá ser apresentada cópia da carteira profissional do Segurado(a) com a averbação de dependência junto ao INSS, junto a cópia da identidade e CPF do(a) companheiro(a). Inexistindo a averbação, apresentar cópia da Declaração do Imposto de Renda onde conste a(o) companheira(o) como dependente, nos termos da legislação pertinente ou prova de união estável. Caso o(a) Segurado(a) seja casado(a) e tenha indicado sua(seu) companheira(o) como beneficiária(o), o pagamento do capital segurado será feito de acordo com a orientação, em cada caso, do nosso departamento jurídico.

f) Outras cláusulas beneficiárias (parentes ou amigos) - deverá ser encaminhada cópia da carteira de identidade e CPF do beneficiário;

g) Beneficiário falecido - Certidão de Óbito. Caso a morte do beneficiário seja anterior ao óbito do Segurado, a parte do beneficiário falecido é revertida aos demais beneficiários. Caso a morte do beneficiário seja posterior ao óbito do Segurado, a parte do primeiro será indenizada conforme legislação em vigor.

17.12. Os pagamentos relativos às coberturas têm o prazo máximo limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos, conforme mencionado nas Condições Especiais e do subitem 17.11.

17.12.1. No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar, o prazo de que trata o subitem anterior será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

17.12.2. O não pagamento da indenização no prazo previsto nos subitens 17.12 e 17.12.1, implicará na aplicação de juros de mora conforme especificado no subitem 17.4.1., a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, sendo a atualização monetária pela variação positiva desde a data do evento, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

17.12.3. Os sinistros cujos pagamentos sejam efetuados dentro do próprio mês do evento não sofrerão correção.

17.13. O pagamento da indenização será realizado sob a forma de pagamento único.

17.13.1. Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

17.14. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para fins de verificação de cobertura, se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anterior a data do sinistro. Fica vedada a exigência de comprovantes de quitação relativa a outros meses.

17.15. Para o recebimento do pagamento de qualquer capital Segurado, a prestação de serviços e/ou o reembolso quando cabível, o Segurado ou seu beneficiário comunicará o sinistro à seguradora, logo que o saiba, observados os prazos prescricionais determinados em lei.

17.16. O pagamento da indenização não está condicionado a nenhuma restrição temporal adicional.

17.17. O Estipulante, Corretor, Segurado e/ou beneficiários deverão comunicar à Seguradora, de imediato, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, assim que tiver conhecimento.

17.18. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

17.19. A invalidez garantida através da cláusula adicional do presente contrato deve ser comprovada através de declaração médica, observando-se o disposto nos subitens 17.19.1, 17.19.2 e 17.19.3.

17.19.1. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com os conceitos cobertos pelas coberturas reclamadas.

17.19.2. O Segurado – quando preenchido a Proposta de Adesão – compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Sociedade Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante, conforme descrito no subitem 17.9, 17.9.1, 17.9.2 e 17.9.3.

17.19.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhada, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente, para fins de doença ou acidente.

17.20. A tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização.

17.21. A sociedade seguradora verificará somente a regularidade da representação quando o pagamento da indenização devido não for efetuado diretamente ao beneficiário, sem a exigência de alvará judicial.

17.22. Não serão exigidas certidões de nascimento atualizadas para fins de liquidação de sinistros.

17.23. Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.

17.24. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

18. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

18.1. A vigência será determinada nas Condições Contratuais, sendo facultada a contratação por prazo curto, anual ou plurianual.

18.1.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada. Os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

18.1.2. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recebidas 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 sociedade seguradora.

18.1.3. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recebidas, sem pagamento de prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de aceitação da proposta ou data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da proposta de contratação e do Contrato.

18.1.4. 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.

18.2. Renovação da Apólice

As apólices não serão renovadas automaticamente, mas somente realizadas de forma expressa.

18.2.1. O desinteresse em renovação da apólice deverá ser comunicado ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, (60) sessenta dias que antecedam o final da vigência da apólice. **O mesmo prazo prevalece para o desinteresse por parte do Estipulante.**

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

18.2.3. **Na renovação, caso haja alteração, inclusive quanto à taxa do seguro, que implique em ônus ou dever para os segurados pagantes do prêmio, bem como redução de seus direitos, esta somente poderá ocorrer mediante anuência prévia e expressa de, pelo menos, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado. Se na renovação da apólice não houver alteração nestes termos, esta poderá ser realizada diretamente entre a Generali e o Estipulante.**

19. CARÊNCIA E FRANQUIA

19.1. **Haverá período de franquia para a cobertura de Diária De Incapacidade Temporária Por Acidente – DIT, conforme definido na apólice, o período de franquia será de no máximo, 15 (quinze) dias, a contar**

da data do evento, o que também constará expressamente na apólice, a contar da caracterização da incapacidade, até o dia de sua volta à atividade, observado o limite contratual máximo por evento fixado na apólice.

19.2. O período de franquia para a garantia de DIH será definido nas condições contratuais e não poderá ultrapassar o limite máximo de 07(sete) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data de internação do segurado, por determinação médica.

19.3. Não haverá franquia para as demais coberturas previstas nestas condições gerais.

19.4. Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

19.5. O período de carência para DMHO e DIH será definido nas condições contratuais.

20. CANCELAMENTO DO SEGURO

20.1. A apólice será cancelada:

a) por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;

b) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento de prêmios;

c) se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato; e

d) quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé que devem existir por ocasião da contratação e durante a vigência do contrato;

e) quando o Estipulante não concordar com a correção na taxa de seguro prevista nesta apólice;

f) 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.

20.2. Ocorrerá o cancelamento do seguro individual nos seguintes casos:

a) por solicitação formal do Segurado, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo;

b) atraso no pagamento das parcelas do Prêmio, observado o disposto no item 15 destas Condições Gerais;

c) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;

d) ocorrência da morte ou invalidez permanente total do Segurado Principal;

e) automaticamente se o segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva durante o processo de contratação ou durante a vigência do seguro;

f) automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas no contrato de seguro, por parte do segurado, seus beneficiários ou prepostos;

g) automaticamente pela inexatidão ou omissão nas declarações do segurado durante o processo de contratação ou durante a vigência do seguro;

h) com o cancelamento da apólice ou final de sua vigência, sem renovação;

20.2.1. No caso da alínea “c”, o Segurado pode optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo os custos do risco e de cobrança quando previsto em contrato.

20.3. Além da situação mencionada acima a apólice será cancelada, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias por mútuo e expresso consenso das partes contratantes, Estipulante, Seguradora e 3/4 (três quartos) do grupo segurado;

20.4. A rescisão total ou parcial do contrato poderá ser realizada a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes, mas sempre com a concordância recíproca.

20.5. Na hipótese de rescisão conforme item 20.3 acima, a sociedade seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

20.5. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

20.6. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, serão observadas as seguintes disposições:

a) a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

b) quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do Estipulante, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no subitem 12.10.

20.7. Este seguro ficará automaticamente cancelado, sem qualquer restituição de prêmio e emolumentos, quando:

a) decorrer o prazo para pagamento do prêmio de qualquer uma das parcelas, na data indicada na Apólice de Seguro ou no documento de cobrança, sem que o mesmo tenha sido efetuado e observado o disposto do item 15; e

b) houver fraude ou tentativa de fraude.

21. PERDA DE DIREITO

O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

21.1. Se o Segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará

prejudicado o direito à indenização, além de estar o Estipulante obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

21.1.1. Se a inexistência ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Estipulante, a sociedade seguradora poderá:

a) Na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro, retendo o prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro cobrando a diferença de prêmio cabível restringindo a cobertura contratada.

b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado: 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 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.

c) 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.

21.2. O segurado está obrigado 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.

21.3. 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.

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

22. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

22.1. O índice pactuado para atualização de valores relativos às operações derivadas do presente contrato é o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Caso ocorra a extinção deste índice, será utilizado o IGPM - Índice Geral de Preços do Mercado como índice substituto.

22.2. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio ou da contribuição for anual, os capitais segurados, pagáveis por quaisquer coberturas contratadas, deverão ser atualizados pelo índice pactuado, conforme descrito no subitem **22.1**, desde a data da última atualização do prêmio, até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

23. MULTA E MORA EM CASO DE ATRASO NO PAGAMENTO DOS PRÊMIOS E SINISTROS

Os valores relativos às obrigações legais pecuniárias decorrentes das operações derivadas do presente contrato serão atualizados pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou outro que venha a substituí-lo, acrescidos, ainda, de multa de 2% não cumuláveis, calculados sobre o valor bruto da fatura, e de juros mora de 0,5% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado..

23.1. Conforme o subitem 17.4.1., na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 17.3 e 17.4 a atualização monetária mencionadas no item 23 caberá a partir da data do sinistro, acrescido de multa de 2% não cumuláveis e juros mora de 0,5% ao mês.

24.REGIME FINANCEIRO

Este plano de seguro é estruturado no regime financeiro de repartição simples. 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.

25.PROVA DO SEGURO

Para cada Estipulante, será enviado a Apólice, que conterà os seguintes elementos mínimos:

- a) Data de início do seguro;
- b) Capital Global Segurado de cada cobertura.

26.MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Estipulante e/ou Corretor de Seguro, deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e contratuais e a nota técnica atuarial submetidas a SUSEP.

26.1. Todo o material de propaganda e promoção do seguro devem conter os seguintes elementos obrigatórios:

- a) A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco;
- b) O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização;
- c) O segurado poderá 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.

27.SUB-ROGAÇÃO

Nos Seguros de Pessoas o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.

28.PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado com fundamento na presente apólice prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

29.MOEDA

Todos os valores constantes dos documentos que integram as operações de seguro deverão se expressos em moeda corrente nacional, vedada a utilização de unidade monetária de qualquer outra natureza.

30.IMPOSTOS

Fica entendido e acordado que nos seguros, os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

31.COSSEGURO

Quando o risco for assumido em cosseguro, a apólice indicará o nome da seguradora que administrará o contrato e representará as demais para todos os seus efeitos, denominada Seguradora Líder, bem como as demais seguradoras participantes, e os seus respectivos limites de responsabilidade máxima assumida.

a. Inexiste responsabilidade solidária entre as sociedades seguradoras.

32.FORO

Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do contrato de seguro, o foro eleito para dirimir quaisquer dúvidas resultantes deste contrato será o do domicílio do Segurado ou beneficiário, conforme for o caso.

33.REGISTRO NA SUSEP

Estas condições gerais estão registradas na SUSEP sob nº xx.xxx.xxx/xxxx-xx.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA DE MORTE ACIDENTAL - MA

1. OBJETIVO

Esta cláusula tem por objetivo garantir, ao(s) beneficiário(s) do Segurado, o pagamento do capital segurado individual, caso o mesmo venha a falecer em consequência de acidente coberto.

2. DEFINIÇÕES

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 torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

3. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos conceituados no Glossário Geral como Acidente Pessoal, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, após os dois primeiros anos de vigência inicial, contados da data de contratação ou adesão ao seguro, ou sua recondução depois de suspenso, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos constantes do item 7 das Condições Gerais de Acidentes Pessoais de Eventos, não estão garantidos pela presente Cláusula Adicional:

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

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

c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal;

e) acidentes decorrentes de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

f) acidentes decorrentes de prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;

g) acidente vascular cerebral;

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não há Carência para esta garantia, exceto para o evento (suicídio) descrito no subitem 19.4 das Condições Gerais.

Para esta garantia não há franquia.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. *Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.*

6.2. *Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.*

7. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

7.1. Na garantia de Morte Acidental do segurado principal, o mesmo poderá indicar, livremente e a qualquer tempo, os beneficiários que desejar, ressalvadas as restrições legais.

7.2. Caso não haja indicação dos beneficiários pelo segurado principal no ato da contratação do seguro, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago de acordo com o que estabelece a lei.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. **Documentos necessários do estipulante para liquidação de sinistros :**

- a) Alvarás e Laudos Técnicos dos Órgãos Competentes;
- b) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver;;
- c) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);
- d) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística, se houver;

8.2. Documentos necessários do(s) beneficiário(s) para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Ingresso ou Ticket do Evento (no caso de espectadores e público em geral), quando houver;
- c) Radiografias do Segurado, quando houver;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver;
- e) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.
- f) Laudo de necropsia e laudos complementares
- g) Cópia simples do RG e CPF – segurado;
- h) Cópia simples da certidão de óbito;
- i) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado;
- j) Cópia simples da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;
- k) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- l) Cópia da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);
- m) Termo de Responsabilidade e Declaração de Herdeiros, assinados por todos os herdeiros e com firma reconhecida;
- n) Cópia simples do laudo cadavérico do IML;
- o) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística se houver;
- p) Cópia simples do laudo de exame toxicológico;
- q) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica;
- r) Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários;
- s) Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários;

-
- t) Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários;
 - u) Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos;
 - v) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

8.3. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CLÁUSULA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA

1. OBJETIVO

Garante ao segurado o pagamento de indenização proporcional ou integral do capital segurado contratado para esta cobertura, sendo o valor do pagamento definido após conclusão do tratamento ou esgotado os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e, após constatada e avaliada a invalidez permanente, quando da alta médica definitiva, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela do item 5 (abaixo), exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.

2. DEFINIÇÕES

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 torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

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

3. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos conceituados no Glossário Geral como Acidente Pessoal, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, após os dois primeiros anos de vigência inicial, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou sua recondução depois de suspenso, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos constantes do item 7 das Condições Gerais de Acidentes Pessoais de Eventos, não estão garantidos pela presente Cláusula Adicional:

- a) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal;
- e) acidentes decorrentes de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) acidentes decorrentes de prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- g) a perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente; e
- h) acidente vascular cerebral;

5. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA

No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial 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 deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir:

TABELA PARA O CÁLCULO DO PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Invalidez Permanente Total	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de cobertura da apólice
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

Invalidez Permanente Total	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de cobertura da apólice
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 incurável	100

Invalidez Permanente Parcial – Diversas	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de cobertura da apólice
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 no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25

Invalidez Permanente Parcial - Membros Superiores	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de cobertura da apólice
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

Invalidez Permanente Parcial - Membros Superiores	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de cobertura da apólice
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	09
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	09
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---

Invalidez Permanente Parcial - Membros Inferiores	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de cobertura da apólice
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 tibioperoneiros (perna)	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

Invalidez Permanente Parcial - Membros Inferiores	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de cobertura da apólice
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo:	---
pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	---
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10
de 3 (três) centímetros	06
menos de 3 (três) centímetros	sem pagamento

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

5.1.1. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

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

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

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

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

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não há Carência para esta garantia, exceto para o evento (suicídio) descrito no subitem 19.4 das Condições Gerais.

Para esta garantia não há franquia.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

7.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

7.3. A reintegração do capital segurado, no caso de indenização de Invalidez Permanente Parcial, será automática após a ocorrência do sinistro, salvo se a invalidez decorrer direta ou indiretamente do mesmo sinistro.

8. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

8.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. Documentos necessários do estipulante para liquidação de sinistros:

- a) Alvarás e Laudos Técnicos dos Órgãos Competentes
- b) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- c) Laudo do primeiro atendimento e laudos de exames complementares relacionados com o acidente;
- d) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);
- e) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística, se houver;

9.2. Documentos necessários do(s) beneficiário(s) para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Ingresso ou Ticket do Evento (no caso de espectadores e público em geral), quando houver;
- c) Radiografias do Segurado, quando houver;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver;
- e) Guia de internação hospitalar, quando houver;
- f) Laudo do primeiro atendimento e laudos de exames complementares relacionados com o acidente;
- g) Exames médicos comprobatórios da lesão;
- h) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;

-
- i) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
 - j) Cópia da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);
 - k) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística , se houver;
 - l) Cópia simples do laudo de exame toxicológico;
 - m) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica;
 - n) Original do RX das lesões e exames realizados;
 - o) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

9.3. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CLÁUSULA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA**1. OBJETO DA GARANTIA**

1.1. Garante ao segurado o pagamento de indenização integral do capital segurado contratado para esta garantia, sendo o valor do pagamento é definido após conclusão do tratamento ou esgotado os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e após constatada e avaliada a invalidez permanente total, quando da alta médica definitiva, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela abaixo, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.1.1. Tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente por acidente:

Discriminação	% sobre capital segurado
Invalidez Total	
Perda total da visão de ambos os olhos.	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores.	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores.	100
Perda total do uso de ambas as mãos.	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior.	100
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés.	100
Perda total do uso de ambos os pés.	100
Alienação mental total e incurável.	100
Nefrectomia Bilateral.	100

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

1.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza, ou extensão de lesões, bem como avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora irá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

1.3.1. A junta médica será constituída por 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 do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

1.3.2. 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.

1.4. A garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumula com a garantia de Morte Acidental, quando contratada. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte acidental do segurado em consequência do mesmo acidente, da soma da indenização por Morte Acidental será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente.

1.5. Reconhecida a Invalidez Permanente e Total por Acidente, pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez e o segurado será automaticamente excluído do seguro, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após a data de reconhecimento da invalidez, devidamente atualizados conforme previsto nas condições gerais.

1.6. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

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

2. DEFINIÇÕES

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 torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos constante nas condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não indenizados os eventos ocorridos em consequência:

a) De acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;

b) Das 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;

- c) De 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 ferimentos visíveis;
- d) De intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
- e) Das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- f) Das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;
- g) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) Da prática, por parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;
- i) Da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não há Carência para esta garantia, exceto para o evento (suicídio) descrito no subitem 19.4 das Condições Gerais.

Para esta garantia não há franquia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

6.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Documentos necessários do estipulante para liquidação de sinistros:

- a) Alvarás e Laudos Técnicos dos Órgãos Competentes;
- b) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- c) Laudo do primeiro atendimento e laudos de exames complementares relacionados com o acidente;
- d) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);

e) Cópia autenticada do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística, se houver;

7.2. Documentos necessários do(s) beneficiário(s) para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Ingresso ou Ticket do Evento (no caso de espectadores e público em geral);
- c) Radiografias do Segurado (quando houver);
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver;
- e) Guia de internação hospitalar, quando houver;
- f) Laudo do primeiro atendimento e laudos de exames complementares relacionados com o acidente;
- g) Exames médicos comprobatórios da lesão;
- h) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;
- i) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- j) Cópia da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);
- k) Cópia autenticada do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística, se houver;
- l) Cópia simples do laudo de exame toxicológico;
- m) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica;
- n) Original do RX das lesões e exames realizados;
- o) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.3. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

CLÁUSULA DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE - DMHO

1. OBJETIVO

1.1. Garante ao segurado o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. **O valor da indenização prevista nesta garantia não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.**

1.3. **As despesas no exterior serão reembolsadas com base no câmbio oficial de venda na data do pagamento das mesmas pelo segurado, respeitado o limite do capital segurado para esta garantia, cujo valor será devidamente atualizado conforme previsto nas condições gerais.**

1.4. **Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.**

1.5. **A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.**

1.6. **A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado se negue.**

2. DEFINIÇÕES

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 torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente: são as despesas médicas, hospitalares e Odontológicas, efetuadas pelo segurado, para seu tratamento sob orientação médica, exclusivamente em consequência de acidente pessoal coberto pelo seguro.

3. RISCOS COBERTOS

Despesas médico-hospitalares e odontológicas para eventos diretamente ligados a causas acidentais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura de DMHO – Despesas Médico hospitalares e odontológicas, além daqueles previstos no item 7 das condições Gerais de Acidentes Pessoais de Eventos, as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado e enfermagem de caráter particular;
- d) cirurgia plástica estética, exceto aquelas de caráter reparador para reconstituição de funções, danificadas em função de acidente coberto, e cuja finalidade não seja meramente estética;
- e) estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;
- f) tratamentos relacionados a doenças;
- g) 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;
- h) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- i) 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 conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- j) acidentes decorrentes de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza; e
- k) acidentes decorrentes de prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;

5. DA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

6. DA COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais e demais documentos necessários a comprovação do acidente, descritos no manual de liquidação de sinistros.

7. CLÁUSULA DE CONCORRÊNCIA

Não será estabelecida a inclusão nas condições contratuais de cláusula de concorrência de apólices, exceto no caso de coberturas através de reembolso de despesas.

7.1. Possuindo o segurado mais de uma apólice, nesta ou em outra seguradora, garantindo despesas médico-hospitalares, conforme ressalva contida no subitem anterior, a responsabilidade desta seguradora, nesta apólice, será igual a importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta cobertura em cada uma delas.

7.2. Pelo mesmo acidente, o reembolso não poderá superar o limite máximo contratado para a cobertura de DMHO.

8. CARÊNCIA E FRANQUIA

8.1. Não há Carência para esta garantia, exceto para o evento (suicídio) descrito no subitem 19.4 das Condições Gerais.

8.2. A franquia para esta garantia será definido nas condições contratuais e não poderá ultrapassar o limite máximo de **30% (trinta)** por cento dos gastos efetuados pelo segurado - em função do evento coberto por esta garantia -, limitado ao capital individual contratado.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1. *Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro, em qualquer hipótese, não poderá ultrapassar ao capital garantido pela cobertura básica.*

9.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

9.3. **A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.**

10. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

10.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Documentos necessários do estipulante para liquidação de sinistros:

- a) Alvarás e Laudos Técnicos dos Órgãos Competentes
- b) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- c) Laudo do primeiro atendimento e laudos de exames complementares relacionados com o acidente;

11.2. Documentos necessários do(s) beneficiário(s) para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Ingresso ou Ticket do Evento (no caso de espectadores e público em geral);
- c) Radiografias do Segurado, quando houver;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;

-
- e) Guia de internação hospitalar, quando houver;
 - f) Laudo do primeiro atendimento e laudos de exames complementares relacionados com o acidente;
 - g) Exames médicos comprobatórios da lesão;
 - h) Cópia da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);
 - i) Notas Fiscais originais discriminados as despesas médico-hospitalares e odontológicas realizadas em decorrência do acidente;
 - j) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;
 - k) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
 - l) Comprovantes Originais das despesas médicas, acompanhados do pedido médico;
 - m) Discriminação das despesas hospitalares e serviços complementares com valores individualizados;
 - n) Descrição dos materiais e medicamentos utilizados com os respectivos valores unitários e receituário médico;
 - o) Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal o procedimento realizado;
 - p) Cópia simples do pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados;
 - q) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

11.3. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

12.RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CLÁUSULA DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - DIT

1. OBJETIVO

1.1. Garante ao segurado o pagamento de diária de incapacidade temporária, limitado ao número de diárias e o valor de cada diária, estabelecidos no contrato de seguro. O risco coberto desta garantia ocorre quando ficar caracterizada a impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado principal no exercício da profissão ou ocupação.

A incapacidade do segurado poderá ser causada por acidente pessoal e/ou doença devidamente coberta, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

Caso o segurado seja profissional liberal ou autônomo, deve possuir comprovação de renda e atividade, observado o limite do capital segurado contratado por evento.

1.2. **A garantia de Diárias por Incapacidade Temporária destina-se, única e exclusivamente, a auxiliar na recomposição dos ganhos mensais do segurado afastado e não tem, conseqüentemente, qualquer vinculação com indenizações que, eventualmente, se tornem devida por força das demais garantias previstas na apólice.**

1.3. **Caso o segurado venha a falecer, seja por morte acidental, seja por morte natural, extingue-se, imediatamente, a presente garantia, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir da data do óbito.**

1.4. **A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da incapacidade e/ou avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado a tanto se negue.**

1.5. **Caso o segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido seja por acidente, seja por doença, ficará automaticamente extinta a presente garantia, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir da data da invalidez.**

2. DEFINIÇÕES

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 torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Diárias por Incapacidade Temporária: é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer qualquer atividade relacionada à sua profissão ou ocupação, causada por acidente ou doença, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observado o limite do capital segurado contratado por evento.

3. RISCOS COBERTOS

Garante indenização em caso de Incapacidade Física Total, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, por período superior a 15 dias, de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, causada única e exclusivamente por acidente pessoal devidamente coberto, a Seguradora pagará ao segurado, para cada dia de afastamento, o valor da diária contratado, até o limite máximo de diárias estabelecido no contrato, exceto se decorrentes de riscos excluídos, como o disposto nestas Condições Gerais e no Contrato.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura de DIT - Diárias de Incapacidade Temporária, além daqueles previstos no item 7 das condições Gerais de Acidentes Pessoais de Eventos, as despesas decorrentes de:

a) 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 pessoal coberto;

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

c) as lesões decorrentes, dependentes predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por trauma continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, todavia, só estarão garantidos os segurados com residência fixa no Brasil.

6. DA COMPROVAÇÃO DO AFASTAMENTO

O afastamento deverá ser comprovado mediante apresentação dos documentos necessários a comprovação do acidente e documentos médicos descritos nas Condições Especiais no item 10 que trata a Liquidação de Sinistro.

7. CARÊNCIA E FRANQUIA

7.1. O período de carência para esta garantia será definido nas condições contratuais.

7.1.1. Não ha carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

7.2. O período de franquia para esta garantia será definido nas condições contratuais e não poderá ultrapassar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do segurado, por determinação médica.

8. CAPITAL SEGURADO

8.1. *Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.*

8.1.1. *No contrato de seguro, será estabelecido o valor da diária segurada, que, para efeito de indenização, deverá ser multiplicado pelo período de internação, observados a franquia e o limite máximo de diárias indenizáveis.*

8.1.2. *Será definido no contrato e, em qualquer hipótese, a quantidade de diárias não poderá ultrapassar 365 por ano de vigência do seguro. O período de cobertura também será definido no contrato.*

8.2. *A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.*

8.3. *Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data do acidente, desde o primeiro dia da ocorrência do sinistro.*

8.4. *O limite de diárias será estabelecido no contrato de seguro, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da apólice.*

8.5. *O valor da diária segurada e o limite máximo de diárias indenizáveis (quantidade segurada de diárias), em conjunto, constituem o capital segurado desta garantia.*

8.6. *A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.*

9. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Documentos necessários do estipulante para liquidação de sinistros:

- a) Alvarás e Laudos Técnicos dos Órgãos Competentes;
- b) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- c) Laudo do primeiro atendimento e laudos de exames complementares relacionados com o acidente;
- d) Cópia simples do Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT (para o caso de acidente na empresa);
- e) Cópia simples da Ficha de Registro de Empregados – FRE.

10.2. Documentos necessários do(s) beneficiário(s) para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro;
- b) Ingresso ou Ticket do Evento (no caso de espectadores e público em geral);
- c) Radiografias do Segurado, quando houver;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- e) Laudo do primeiro atendimento e laudos de exames complementares relacionados com o acidente;
- f) Exames médicos comprobatórios da lesão;

-
- g)** Cópia da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);
 - h)** Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;
 - i)** Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
 - j)** Relatório médico informando o motivo do afastamento do segurado com o respectivo número do CID;
 - k)** Cópia simples da Comunicação do Resultado do Exame Médico – CREM;
 - l)** Exames médicos comprobatórios da lesão / doença;
 - m)** Declaração do médico e/ou hospital constando o período de afastamento;
 - n)** Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário;
 - o)** Carta de concessão do auxílio doença do INSS;
 - p)** Quando autônomo: comprovação de atividade autônomo dos últimos 12 meses.

10.3. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

11.RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CLÁUSULA DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE– DIH

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso da sua internação hospitalar decorrente de acidente em caráter estritamente emergencial, **entendem-se como tal todas as internações que não sejam eletivas**, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

2. DEFINIÇÕES

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 torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Não se incluem no conceito de acidente pessoal: 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; as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões 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 conseqüências 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, definido no conceito de Acidente Pessoal acima.

Internação Hospitalar: é a internação em hospital em período superior a 24(vinte e quatro) horas, comprovada por meio de notas fiscais, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico, declaração do hospital onde ocorreu a internação ou qualquer instrumento legal de cobrança.

Unidade de Terapia Intensiva UTI: unidades complexas dotadas de sistema de monitorização contínua que admitem pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos constante das condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não serão indenizados os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- b) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- c) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;
- d) Internação Hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras;
- e) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- f) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;
- g) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anátomo-patológica ou exames complementares;
- h) Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);
- i) Doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- j) Diálises, hemodiálises;
- k) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico.
- l) Internações domiciliares (Home Care);
- m) Internações decorrentes de doenças de características reconhecidamente progressivas, crônicas ou degenerativas tais como: Mal de Alzheimer, fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, degeneração muscular progressiva (DMP), síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas e outras doenças de caráter crônico;
- n) Internações decorrentes de acidentes ocorridos ou doenças manifestadas fora do período de garantia ou vigência da apólice.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

4.1. O período de carência para esta garantia será definido nas condições contratuais.

4.1.1. Não ha carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

4.2. O período de franquia para esta garantia será definido nas condições contratuais e não poderá ultrapassar o limite máximo de 07(sete) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data de internação do segurado, por determinação médica.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.1.1. No contrato de seguro, será estabelecido o valor da diária segurada, que, para efeito de indenização, deverá ser multiplicado pelo período de internação, observados a franquia e o limite máximo de diárias indenizáveis.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento a data do acidente.

5.3. O valor da diária segurada e o limite máximo de diárias indenizáveis (quantidade segurada de diárias), em conjunto, constituem o capital segurado desta garantia.

5.4. A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

5.5. O limite de diárias será estabelecido no contrato de seguro, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da apólice.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Documentos necessários do estipulante para liquidação de sinistros:

- a) Laudo de Levantamento do Local de Acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística, se houver;
- b) Cópia autenticada do Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT (para o caso de acidente na empresa);
- c) Cópia da Ficha de Registro de Empregados – FRE.

7.2. Documentos necessários do(s) beneficiário(s) para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Ingresso ou Ticket do Evento (no caso de espectadores e público em geral);
- c) Radiografias do Segurado, quando houver;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver;
- e) Guia de internação hospitalar, quando houver;
- f) Laudo do primeiro atendimento e laudos de exames complementares relacionados com o acidente;
- g) Exames médicos comprobatórios da lesão;
- h) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;
- i) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- j) Cópia simples do CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);
- k) Laudos e exames médicos pertinentes à doença ou lesões que vitimaram o segurado sinistrado principal;
- l) Laudo de Levantamento do Local de Acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística, se houver;
- m) Laudo do exame toxicológico;

-
- n) Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
 - o) Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
 - p) Nota Fiscal/Fatura Originais do Hospital com o Recibo de Quitação, quando houver;
 - q) Resultado do exame de dosagem alcoólica;
 - r) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.3. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.