



CONDIÇÕES GERAIS

ALFA ACIDENTES PESSOAIS EVENTOS

Processo Susep nº 15414.900085/2015-28

Sumário	
OUVIDORIA.....	4
DISPOSIÇÕES GERAIS	6
LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS.....	7
1. DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO)	8
2. OBJETIVO DO SEGURO	17
3. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	17
4. RISCOS COBERTOS.....	17
5. RISCOS EXCLUÍDOS.....	18
6. CAPITAL SEGURADO	20
7. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO.....	21
8. GRUPO SEGURÁVEL	21
9. GRUPO SEGURADO.....	21
10. CRITÉRIOS PARA ADESÃO AO SEGURO	21
11. CUSTEIO DO SEGURO.....	22
12. FRANQUIA	22
13. CARÊNCIA.....	22
14. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO – Proponente Estipulante.....	23
15. NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO COLETIVO	24
16. VIGÊNCIA DA APÓLICE	25
17. RENOVAÇÃO DA APÓLICE	25
18. VIGÊNCIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO.....	26
19. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S).....	26
20. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE	27
21. DAS OBRIGAÇÕES DA ALFA PPREVIDÊNCIA E VIDA S/A.....	28
22. CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO	28
23. PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO	28
24. PAGAMENTO DO PRÊMIO	29
25. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	31
26. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	32
27. JUNTA MÉDICA.....	35
28. INFORMAÇÃO DE OUTROS SEGUROS (CONCORRÊNCIA DE APÓLICES).....	36
29. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	37
30. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	38

31. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	39
32. PRESCRIÇÃO.....	39
33. FORO CONTRATUAL.....	40
CONDIÇÕES ESPECIAIS	41
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL	41
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL - AUXÍLIO FUNERAL	44
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	47
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	56
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)	60
COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE	64
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE.....	67
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE EM UTI	72

OUVIDORIA

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

OBJETIVOS DA OUVIDORIA

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

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

QUEM PODE RECORRER?

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

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

O QUE PROCEDE?

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

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

COMO RECORRER?

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

OUVIDORIA – Alfa Seguros

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

E-mail: ouvidoria@alfaseg.com.br

Telefone: 0800-774-2352

Para uso exclusivo de deficientes auditivos: 0800 770 5140

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

MAIOR GARANTIA PARA O SEGURADO

As decisões do Ouvidor serão acatadas pela Seguradora obedecidos aos termos do Regulamento da Ouvidoria.

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

QUEM É O OUVIDOR?

Profissional com os seguintes princípios de atuação:

Isenção: Sem vínculo empregatício com as Empresas.

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

Autonomia: As decisões serão cumpridas pelas Empresas.

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

QUAL A FUNÇÃO DO OUVIDOR?

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

CONHEÇA O REGULAMENTO

Consulte o Regulamento da Ouvidoria disponibilizado em:

<https://www.alfaseguradora.com.br/Portal/Alfa/Ouvidoria>

DISPOSIÇÕES GERAIS

Estas Condições aplicam-se a todas as Garantias contratadas pelo Segurado, descritas na Proposta de Contratação, Apólice e Certificado do Seguro.

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

A aceitação da proposta de contratação e de adesão estão sujeitas a análise do risco.

O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico <https://www.gov.br/susep/pt-br> por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Este seguro é por prazo determinado, tendo a ALFA Previdência e Vida S/A a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos.

Neste seguro, não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados.

As condições contratuais deste produto protocolizadas pela sociedade junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de Processo SUSEP constante na Apólice de Seguro

RECOMENDAMOS A LEITURA ATENTA DESTA CONDIÇÃO GERAL E CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CADA COBERTURA, ESPECIALMENTE NO QUE SE REFERE A RISCOS EXCLUÍDOS DO SEGURO.

Outras informações através do SAC 0800-774-2532 | Ouvidoria 0800-774-2352 – e-mail: ouvidoria@alfaseg.com.br. Para uso exclusivo de deficientes auditivos: SAC 0800-770-5244 | Ouvidoria: 0800-770-5140.

LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

O CLIENTE reconhece que ao preencher a proposta com fornecimento das informações nela constante, concorda que os dados pessoais e/ou de saúde serão usados e analisados pela ALFA SEGUROS para aceitação ou não do risco, e sendo estabelecido o contrato de seguro, esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos preditivos e/ou mercadológicos das empresas do nosso Grupo Econômico, bem como, para o fim único da execução do contrato do seguro, ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos auxiliam no cumprimento do contrato de seguro e respectivas prestações de serviços inerentes ao contrato e plano firmado entre as partes (por ex. assistência, resseguradora, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, Call Center, corretora, estipulante etc).

Os dados do CLIENTE serão guardados com todo zelo e cuidado e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros.

O CLIENTE, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito a obter, em relação aos seus dados tratados pela ALFA SEGUROS, a qualquer momento e mediante pedido expresso, pedidos como: (i) a confirmação da existência de tratamento; (ii) o acesso aos dados; (iii) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados etc.

O CLIENTE está ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais deverá entrar em contato com a ALFA SEGUROS, por meio do e-mail: atendimento@alfaseg.com.br

A ALFA SEGUROS garante e assume o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do CLIENTE além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil. Para conhecer na integridade a política de proteção de dados da ALFA SEGUROS, por favor, acesse:

<https://www.alfaseguradora.com.br/Portal/Alfa/LGPD>

1. DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO)

Para efeito das disposições destas Condições Gerais ficam convenionadas as seguintes definições:

▲ ACIDENTE PESSOAL: Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que se inclui nesse conceito o suicídio, ou sua tentativa, que será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

a. Incluem-se nesse conceito:

- i. Os acidentes pessoais decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- ii. Os acidentes pessoais decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- iii. Os acidentes pessoais decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- iv. Os acidentes pessoais decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b. Excluem-se desse conceito de “acidente pessoal”:

- I. **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente pessoal, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente pessoal coberto;**
- II. **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- III. **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- IV. **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.**

▲ **ACEITAÇÃO DO RISCO:** Ato de aprovação, pela Seguradora, da proposta a ela submetida pelo segurado ou pelo intermediário de seguros para a contratação do seguro.

▲ **AGRAVAMENTO DO RISCO:** Circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pelo segurado.

▲ **ÂMBITO GEOGRÁFICO:** Local para a abrangência da cobertura da apólice.

▲ **APÓLICE:** Documento contratual emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

▲ **AVISO DE SINISTRO:** Documento por meio do qual o segurado deve comunicar a ocorrência de sinistro à seguradora, de imediato, conforme previsto nas Condições Contratuais, a fim de que esta possa tomar as providências necessárias, em seu próprio interesse e no interesse do segurado.

▲ **BENEFICIÁRIO:** Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência do sinistro coberto.

▲ **BOA-FÉ:** Um dos princípios básicos do seguro, exigido expressamente pela lei, pelo qual as partes se obrigam a atuar com honestidade recíproca, dando à outra a convicção de ter agido nos termos da Lei, ou de estarem os seus atos amparados.

▲ **CAPITAL SEGURADO:** Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

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

▲ **CLIENTE:** o proponente, o segurado, o garantido, o tomador, o beneficiário, o assistido, o titular ou subscritor de título de capitalização ou o participante de plano de previdência complementar aberta.

▲ **COBERTURA:** Compromisso da seguradora no pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.

▲ **COMISSÃO:** É a percentagem sobre os prêmios recebidos com que as Seguradoras remuneram o trabalho de intermediários de seguro.

▲ **CONDIÇÃO PREEXISTENTE:** É a condição de conhecimento do segurado, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares e odontológicos ou por exames diagnósticos comprobatórios, e não declarada na proposta de adesão.

▲ **CONDIÇÕES CONTRATUAIS:** Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

▲ **CONDIÇÕES ESPECIAIS:** Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

▲ **CONDIÇÕES GERAIS:** Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos do ente supervisionado, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

▲ **CÔNJUGE:** É a(o) esposa(o) do segurado (a). A(o) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

▲ **CONTRATO:** Documento contratual que serve de Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e do beneficiário.

▲ **CORRETOR DE SEGUROS:** Pessoa física ou jurídica devidamente habilitada para intermediar a comercialização de contratos de seguros. O intermediário de seguros responderá civilmente perante os estipulantes, segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão, bem como, é responsável por dar ciência ao estipulante/Segurado de qualquer informação relativa ao seguro e/ ou comunicação efetuada pela Seguradora.

▲ **DECLARAÇÃO MÉDICA:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

▲ **DOCUMENTOS CONTRATUAIS:** apólices, bilhetes e certificados individuais de seguro, títulos de capitalização, certificados de participante, contratos coletivos e endossos.

▲ **DOENÇA OU DEFICIÊNCIA PREEXISTENTE:** São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento e não foram declaradas na proposta de contratação/proposta de adesão na data da contratação de seguro.

▲ **DOLO:** Ato consciente por meio do qual alguém induz outro a erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

▲ **ENDOSSOS (OU ADITIVOS):** É o documento expedido pela Seguradora, durante a vigência do contrato, pelo qual esta e o segurado acordam quanto à alteração de dados, modificam as condições ou o objeto do seguro.

▲ **ENTE SUPERVISIONADO:** a sociedade seguradora ou a entidade aberta de previdência complementar.

▲ **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.

▲ **EVENTO COBERTO:** É o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais.

▲ **FORO:** Refere-se à localização do órgão do Poder Judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos deste contrato.

▲ **FRANQUIA:** Período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

▲ **FRAUDE:** Obtenção, para si ou para outrem, de vantagem ilícita, financeira ou material, em prejuízo alheio, mantendo ou até induzindo alguém em erro, mediante ardil, artifício ou qualquer outro meio que possa enganar. Nos termos da legislação penal brasileira, é uma das formas de estelionato.

▲ **GRUPO SEGURADO:** Totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.

▲ **GRUPO SEGURÁVEL:** Totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

▲ **INDENIZAÇÃO:** Valor que a sociedade seguradora deve pagar a o segurado ou seu(s) beneficiário(s) em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro.

▲ **ÍNDICE DE ATUALIZAÇÃO DE VALORES:** É o índice econômico adotado pela Seguradora para atualização dos valores.

▲ **INÍCIO DE VIGÊNCIA:** Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.

▲ **INTERMEDIÁRIO:** o responsável pela angariação, promoção, intermediação ou distribuição de produtos de seguros, de capitalização e/ou de previdência complementar aberta, tais como o Intermediário, o representante de seguros, o correspondente de microsseguros, o distribuidor de título de capitalização, entre outros executores das atividades enumeradas nesta definição.

▲ **LAUDO MÉDICO:** Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, sobre as condições físicas e de saúde do proponente.

▲ **MÁ-FÉ:** Agir, propositadamente, de modo contrário à lei, aos costumes ou ao direito.

▲ **MÉDICO:** É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Não serão aceitos como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

▲ **OBJETIVO DO SEGURO:** É a designação genérica de qualquer interesse segurado, sejam coisas, pessoas, bens, responsabilidades, obrigações, direitos e garantia.

▲ **OMISSÃO:** No seguro, é a ocultação de fato ou circunstâncias que, se fossem revelados, levariam o segurador a recusar o contrato, ou a aceitá-lo com agravações tarifárias e/ou outras condições.

▲ **PERÍODO DE VIGÊNCIA:** É o período de validade devidamente discriminado na apólice.

▲ **PRÊMIO:** Importância paga pelo segurado a seguradora em contrapartida à aceitação e cobertura do risco a que o segurado está exposto.

▲ **PRESCRIÇÃO:** Princípio jurídico que determina a extinção de um direito em consequência do transcurso do prazo legal para exercê-lo.

▲ **PRO RATA TEMPORIS:** Método para cálculo de prêmio de seguro com prazo inferior a um ano, efetuado com base no total de dias de vigência do mesmo.

▲ **PROPONENTE:** O interessado em contratar as 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. Nela, o proponente manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.

▲ **PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO:** Documento legal pelo qual o estipulante solicita a sua inclusão no Seguro, manifestando pleno conhecimento e concordância das condições contratuais. Na proposta de contratação deverão ser prestadas todas as informações que permitirão a seguradora avaliar os riscos e manifestar a aceitação ou recusa do seguro.

▲ **RISCOS EXCLUÍDOS:** Os riscos, previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.

▲ **SEGURADO:** Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

▲ **SEGURADORA:** ENTE SUPERVISIONADO, sendo a ALFA Previdência e Vida S.A, Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes à(s) cobertura(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

▲ **SEGURO CONTRIBUTÁRIO:** Seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade do segurado, podendo este ser pago totalmente pelo segurado ou parcialmente.

▲ **SEGURO NÃO CONTRIBUTÁRIO:** Seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do estipulante.

▲ **SINISTRO:** É a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência da apólice.

▲ **SUSEP – SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS:** É a autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de seguros no Brasil.

▲ **TABELA DE PRAZO CURTO:** São níveis percentuais estabelecidos neste seguro, para devolução de prêmios de seguro pagos a ente supervisionada, ou para determinar o prazo de vigência do seguro, no caso de não pagamento de uma das parcelas do prêmio.

▲ **VIGÊNCIA:** É o período pelo qual está contratado o seguro.

▲ **VÍNCULO:** É a relação de mesma natureza, anterior ao contrato de seguro, existente entre o Estipulante e determinado grupo de pessoas.

A SEGUIR DESCREVEMOS AS DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIAS PARTICULARES DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS:

▲ **AGRAVO MÓRBIDO:** evolução com piora de uma doença.

▲ **ALIENAÇÃO MENTAL:** distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais, tornando o Segurado total e permanentemente incapacitado para a vida civil.

▲ **APARELHO LOCOMOTOR:** conjunto de estruturas neuro-músculo-esqueléticas destinadas ao deslocamento do corpo humano. Fornece a capacidade de mover-se pela marcha, deslocando-se de um lugar para outro por meio de diversos órgãos (músculo, articulações, ossos e nervos) comandados e coordenados pelo Sistema Nervoso.

▲ **ATIVIDADE LABORATIVA:** qualquer atividade ou trabalho principal por meio do qual o Segurado obtenha renda.

▲ **AUXÍLIO:** ajuda por meio de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

▲ **ATO MÉDICO:** procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina. É o conjunto das atividades de diagnóstico, tratamento, encaminhamento de um paciente e prevenção de agravos ao mesmo, além de atividades como perícia e direção de equipes médicas.

▲ **CARDIOPATIA GRAVE:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

- ▲ **COGNIÇÃO:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- ▲ **CONECTIVIDADE COM A VIDA:** capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- ▲ **CONSUMPÇÃO:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- ▲ **DADOS ANTROPOMÉTRICOS:** conjunto de informações relativas às medidas do corpo humano e seus componentes internos e externos, através de técnicas utilizadas (medidas diretas e indiretas) para dimensionar o corpo humano ou suas partes.
- ▲ **DEAMBULAR:** ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.
- ▲ **DEFICIÊNCIA VISUAL:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado clinicamente normal.
- ▲ **DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes considerados estranhos pelo organismo, externos ou internos, causadores de doença ou distúrbios graves.
- ▲ **DOENÇA CRÔNICA:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- ▲ **DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE:** doença crônica que se mantém ativa apesar de tratamento (doença crônica agudizada ou agudização de doença cronicada).
- ▲ **DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO:** doença crônica que se evolui em curso de piora, com ou sem do tratamento.
- ▲ **DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade (sem horizonte terapêutico), sendo o Segurado considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente. Aquela para a qual o único tratamento institucionalizado é o paliativo para aliviar dores e desconfortos.
- ▲ **DOENÇA NEOPLÁSICA MALIGNA ATIVA:** crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou

tumores malignos em atividade, necessitando de laudos de exame Anatomopatológico para sua classificação definitiva.

▲ **DOENÇA PROFISSIONAL:** aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.

▲ **ESTADOS CONEXOS:** representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

▲ **ETIOLOGIA:** causa de cada doença ou mecanismo de estabelecimento de um quadro patológico.

▲ **FATORES DE RISCO E MORBIDADE:** fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interagem podendo, inclusive, levar a óbito.

▲ **HÍGIDO:** saudável.

▲ **PROGNÓSTICO:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença. Expectativa de recuperação ou de sobrevida de um paciente, em função do diagnóstico e evolução da doença.

▲ **QUADRO CLÍNICO:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente e relatadas por um médico.

▲ **RECIDIVA:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

▲ **REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA:** incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

▲ **RELAÇÕES EXISTENCIAIS:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

▲ **SENTIDO DE ORIENTAÇÃO:** faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

▲ **SEQUELA:** qualquer lesão anatômica funcional ou psíquica que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

▲ **TRANSFERÊNCIA CORPORAL:** capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. Este seguro, de caráter e modalidade de seguro de pessoas coletivo, tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado ou a seu(s) beneficiário (s), caso ocorra algum dos eventos cobertos pelas coberturas expressamente contratadas pelo Estipulante e devidamente indicadas na proposta de contratação ou adesão, nas condições contratuais e na Apólice de Seguros, desde que o evento não se enquadre como **“riscos excluídos” ou “não cobertos” pela legislação vigente.**

2.2. ESTE PLANO DE SEGURO É DESTINADO AOS EXPECTADORES, PÚBLICO E/OU PARTICIPANTES PARA A MODALIDADE DE EVENTO DE CURTO E MÉDIO PRAZO, A SER CLASSIFICADA E DEFINIDA NA PROPOSTA PELO ESTIPULANTE E/OU SUB-ESTIPULANTE.

2.3. ENTENDE-SE POR EVENTO, OS ACONTECIMENTOS DE CURTO E MÉDIO PRAZO, QUE TENHAM COMO OBJETIVO A REUNIÃO PESSOAS PARA FINALIDADES DIVERSAS. OS EVENTOS DEVERÃO SER INFORMADOS NA PROPOSTA PELO ESTIPULANTE E/OU SUB-ESTIPULANTE E PODERÃO SER CLASSIFICADOS COMO: EXPOSIÇÕES, FEIRAS, COMEMORAÇÕES, PALESTRAS, FORMATURAS, SHOWS, ETC.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

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

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Para fins deste seguro, consideram-se as coberturas passíveis de contratação para este seguro as abaixo mencionadas, respeitadas as conjugações oferecidas pela ALFA Previdência e Vida S/A e os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais para cada cobertura contratada, que farão parte integrante e inseparável do contrato:

- ▲ Morte Acidental
- ▲ Morte Acidental – Auxílio Funeral
- ▲ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
- ▲ Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- ▲ Despesas Médico, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)
- ▲ Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT)
- ▲ Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIH)

▲ Diárias de Internação Hospitalar por Acidente em UTI (DIH-UTI)

4.2. As Coberturas poderão ser contratadas isolada ou conjuntamente, de acordo com a combinação e planos disponíveis comercialmente pela ALFA Previdência e Vida S/A.

4.3. Constarão na Apólice de Seguro as coberturas contratadas pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante(s) informadas na proposta de contratação e, devidamente expressas e ratificadas no Contrato emitido pela ALFA Previdência e Vida S/A, em favor do Grupo Segurado, contendo as suas particularidades, respectivos critérios de composição dos capitais segurados e demais condições contratuais aceitas pela ALFA Previdência e Vida S/A, seja para o grupo segurado como para cada segurado individualmente.

4.4. Na hipótese de sinistro decorrente de risco simultaneamente amparado por várias coberturas, prevalecerá aquela que for mais favorável ao segurado, a seu critério, não sendo admitida a acumulação de coberturas.

4.5. PARA OS MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS É PERMITIDO, EXCLUSIVAMENTE, SEJA NA CONDIÇÃO DE SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE, O OFERECIMENTO E A CONTRATAÇÃO DE COBERTURAS CUJA INDENIZAÇÃO SE DÊ SOB A FORMA DE REEMBOLSO DE DESPESAS OU PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, DESDE QUE A DESPESA OU SERVIÇO ESTEJAM DIRETAMENTE RELACIONADOS AO SINISTRO COBERTO.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS APRESENTADOS NO ITEM 1 – DEFINIÇÕES GERAIS E DAS INFORMAÇÕES DESCRITAS NA DEFINIÇÃO DE CADA GARANTIA, ESTÃO EXCLUÍDOS DE TODAS AS GARANTIAS DESTE SEGURO, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:

a) USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES, INCLUINDO EXPLOSÕES NUCLEARES PROVOCADAS OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;

b) ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA CIVIL, QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, DECLARADAS OU NÃO, INVASÃO, HOSTILIDADE, INSURREIÇÃO DE PODER MILITAR OU USURPADO, GUERRILHA, REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO, ATOS DE TERRORISMO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETUANDO-SE OS CASOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;

- c) **DOENÇAS E ACIDENTES PESSOAIS 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 PESSOAIS SOFRIDOS PELO SEGURADO ANTES DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO;**
- d) **SUICÍDIO OU SUA TENTATIVA NOS 2 (DOIS) PRIMEIROS ANOS DE VIGÊNCIA, OU DA RECONDUÇÃO DO CONTRATO, QUANDO SUSPENSO, CONTADOS: - DO INÍCIO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL DO SEGURO; OU - DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO FEITA EXCLUSIVAMENTE PELO SEGURADO /ESTIPULANTE. NESTA HIPÓTESE A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO;**
- e) **ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO cliente BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO, OU AINDA PELOS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES DO ESTIPULANTE;**
- f) **TUFÕES, FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;**
- g) **EPIDEMIAS, PANDEMIAS, EXCETO A MORTE DECORRENTE DE COVID19 E SUAS VARIANTES, ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO ASSIM DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE;**
- h) **ENVENENAMENTO POR ABSORÇÃO DE SUBSTÂNCIA TÓXICA, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES, DE CARÁTER COLETIVO OU QUALQUER OUTRA CAUSA FÍSICA QUE ATINJA MACIÇAMENTE A POPULAÇÃO;**
- i) **ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR NECESSIDADE JUSTIFICADA E A PRÁTICA, POR PARTE DO SEGURADO, DE ATOS ILÍCITOS OU CONTRÁRIOS À LEI, SALVO SE DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE, OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;**
- j) **EVENTOS EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM, CONSUMADO OU NÃO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO;**

k) PERDAS E DANOS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA OU RELACIONADOS A ATO TERRORISTA, CABENDO A ENTE SUPERVISIONADA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTEMENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE, NÃO OBSTANTE O QUE EM CONTRÁRIO POSSAM DISPOR AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO PRESENTE SEGURO;

l) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DE REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;

m) ACIDENTES PESSOAIS SOFRIDOS ANTES DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, AINDA QUE SUAS CONSEQUÊNCIAS SURJAM DURANTE A SUA VIGÊNCIA;

n) TRATAMENTOS E PROCEDIMENTOS RELATIVOS À OBESIDADE MÓRBIDA INCLUSIVE GASTROPLASTIA REDUTORA, DOENÇAS CONGÊNITAS, ESTERILIZAÇÃO, FERTILIZAÇÃO E MUDANÇA DE SEXO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, MESMO QUANDO PROVOCADO POR ACIDENTE PESSOAL;

o) CHOQUE ANAFILÁTICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, ACIDENTES CARDIOVASCULARES, ANEURISMA, SÍNCOPE, APOPLEXIA, ACIDENTES MÉDICOS E SIMILARES E EPILEPSIA, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL OU DOENÇA COBERTO;

p) PERDA DE DENTES E DANOS ESTÉTICOS;

q) PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA E OS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado é o valor máximo, expresso em moeda corrente nacional ou moeda estrangeira, de acordo com a opção contratual e para a cobertura contratada, a ser pago pela Seguradora em caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

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

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

7. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO

7.1. Haverá cláusula específica nas condições especiais de cada cobertura contratada, definindo se o capital segurado poderá ser reintegrado após pagamento de indenização.

7.2. A reintegração poderá ser facultativa, mediante eventual cobrança de prêmio adicional, ou automática, caso haja esta opção descrita nas condições contratuais do seguro.

8. GRUPO SEGURÁVEL

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

8.2. É facultada à Seguradora a solicitação, a qualquer tempo, de apresentação de documentação que comprove as condições acima estabelecidas, bem como outros documentos que julgar necessários.

9. GRUPO SEGURADO

9.1. É o conjunto dos componentes do grupo segurável, desde que aceitos e incluídos na apólice cuja(s) cobertura(s) contratada(s) esteja(m) em vigor, observando-se as situações previstas nas Condições Contratuais deste Seguro.

10. CRITÉRIOS PARA ADESÃO AO SEGURO

10.1. A contratação efetuada por meio de apólice coletiva se destina a garantir coberturas securitárias para grupos de pessoas com as quais o Estipulante possua vínculo, o qual deverá estar, de forma clara e objetiva, definido nas condições contratuais.

10.2. O Estipulante poderá manter vínculo indireto com o grupo segurado por intermédio de Sub-estipulante, para o qual se aplicam todas as disposições destas Condições Gerais e Condições Contratuais.

10.3. Este plano de seguro permite a contratação por adesão 100% compulsória por parte do Grupo Segurável vinculado ao Estipulante ou Sub-estipulante, abrangendo todos os participantes do evento.

10.3.1. Entende-se por adesão compulsória a adesão involuntária das pessoas elegíveis e devidamente aceitas pela Seguradora, conforme definido em contrato firmado entre as partes.

11. CUSTEIO DO SEGURO

11.1. Para fins deste seguro o custeio deste plano será sempre não contributário.

11.2. Não Contributário é o seguro em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento totalmente sobre o Estipulante ou Sub-estipulante. Neste tipo de seguro todos os componentes do grupo segurável serão incluídos na apólice, excetuando-se apenas as pessoas não aceitas no seguro ou impedidas de serem seguradas e aquelas que se manifestarem, por escrito, contra sua inclusão no seguro.

12. FRANQUIA

12.1. A franquia, caso seja aplicável, estará devidamente especificada nas condições contratuais e nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

13. CARÊNCIA

13.1. É o período contínuo, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou cobertura contratada ou do aumento do capital segurado por solicitação do Estipulante/Segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento da Indenização.

13.2. O período de carência, caso seja aplicável, estará devidamente especificado nas condições contratuais e nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

13.3. Há carência de dois anos, para qualquer Cobertura, contados a partir da vigência inicial do Contrato ou do risco individual, ou da sua recondução, depois de suspenso, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado.

13.4. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não se aplica período de Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido prazo corresponder a dois anos ininterruptos.

14. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO – Proponente Estipulante

14.1. A contratação do seguro coletivo de eventos poderá ser realizada mediante o preenchimento e a **assinatura da Proposta de Contratação ao Seguro** e documentos contratuais disponibilizados pela seguradora, por meios físico ou remoto, pelo Proponente, Estipulante e Sub-estipulante, se houver, ou seus Representantes. Sendo os meios remotos aceitos pelas partes como válido, necessariamente de forma autenticada e passível de comprovação da autoria e integridade, sendo que serão encaminhados à ALFA Previdência e Vida S/A para análise do risco coletivo proposto.

14.1.1. O Estipulante e Sub-estipulante, ao assinarem a proposta de contratação, ratificam que a Seguradora disponibilizou todas as condições contratuais do plano de seguro que propõem no momento à Seguradora, para avaliação dos riscos.

14.2. Será permitido o uso de meios remotos para emissão, envio e disponibilização, conforme o caso, de documentos relativos à contratação do produto, tais como documentos contratuais, documentos de cobrança, extratos, condições contratuais, regulamentos, materiais informativos e comunicados.

14.3. A ALFA Previdência e Vida S/A terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação e demais documentos contratuais, inclusive quando do recebimento das propostas e/ou relação de segurados, para decidir pela aceitação ou recusa da contratação do seguro coletivo proposto, de solicitação de alterações, de reabilitação de cobertura de seguro suspenso.

14.3.1. A ALFA Previdência e Vida S/A poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração das condições do seguro vigente, uma única vez.

14.3.2. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 14.3 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento das informações adicionais realizadas pela Seguradora.

14.4. A Seguradora manifestar-se-á expressamente sobre o resultado da análise. A aceitação será comunicada de forma expressa ao cliente, por meio de documento físico ou remoto.

14.5. A emissão e o envio da apólice e demais documentos contratuais dentro do prazo de que trata o item 14.3 substituirá a manifestação expressa de aceitação da proposta pela

sociedade seguradora, a qual será entregue ou disponibilizada, via meio físico ou remoto, ao Estipulante e/ou Sub-estipulante.

14.6. A ausência de manifestação da seguradora no prazo previsto no caput caracterizará a aceitação tácita da proposta de Contratação.

14.7. Havendo a não aceitação do seguro proposto, a seguradora comunicará formalmente ao cliente, ao seu representante legal ou intermediário, por meio físico ou remoto, a decisão pela recusa da proposta de contratação, com a devida justificativa.

14.7.1. Em caso de recusa da proposta de contratação, a ALFA Previdência e Vida S/A providenciará a devolução de prêmio eventualmente pago antes da data da manifestação, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da formalização da recusa, integralmente ou deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

14.7.2. O valor do prêmio a ser devolvido sujeita-se à atualização monetária pela variação positiva do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado ou outro índice que venha a substituí-lo, desde a data da formalização da recusa até a data da efetiva devolução.

14.8. Havendo inexatidão ou omissões nas declarações, ficará determinada a perda da cobertura, conforme o disposto do Código Civil Brasileiro, conforme apresentado na Cláusula 29 - Perda de direitos à indenização e os seus subitens destas condições contratuais.

15. NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO COLETIVO

15.1. É a quantidade mínima de Segurados necessária para a aceitação e a manutenção do seguro, definido nas condições contratuais e Contrato firmado entre Seguradora, Estipulante e /ou Sub-estipulante.

15.1.1. Caso, no primeiro faturamento, ou o seguro já esteja em vigor, e o número de Segurados ficar inferior ao mínimo estabelecido para a implementação ou manutenção do grupo segurado, a Seguradora reserva-se o direito de recalculá-la taxa, com base no efetivo grupo segurado e na previsão de custos desta, alterando, se necessário, o prêmio do seguro ou resolver o contrato. Não havendo a concordância do Estipulante e/ou Sub-Estipulante, o seguro será cancelado, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, por escrito, pela Seguradora.

15.1.2. **Quando da implantação do seguro, a Seguradora recalculará a taxa média do grupo e caso verifique mudança no perfil do grupo segurado, e conseqüentemente, acarrete uma diferença acima de 10% (dez por cento) em relação ao inicialmente proposto, caberá a Seguradora comunicar a Estipulante, Sub-estipulante ou seu**

Representante legal, a inviabilidade de emissão da apólice e/ou a renegociação de nova taxa média em razão do desvio apontado pela Seguradora.

15.1.3. **Para os demais períodos, após início de vigência da apólice, será observado que se o recálculo da taxa implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos, sua aplicação dependerá da anuência expressa de 3/4 (três quartos) do grupo segurado, exceto para as apólices de custeio não contributivo e com vínculo empregatício, conforme regulamentação vigente.**

16. VIGÊNCIA DA APÓLICE

16.1. A vigência da apólice poderá ser de curto prazo, anual ou plurianual, sendo este período definido na Proposta de Contratação e Condições Contratuais, acordadas entre as partes.

16.2. O início de vigência da apólice é contado a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data constante na apólice de seguro emitida pela ALFA Previdência e Vida S/A e seu término ocorre às 24 (vinte e quatro) horas do dia consignado da mesma como final do contrato, inclusive nos endossos correspondentes.

17. RENOVAÇÃO DA APÓLICE

17.1. Quando o seguro for realizado visando o risco de um único evento, fica estabelecido que a apólice não terá renovação.

17.2. Em caso de eventos recorrentes, para a renovação da apólice deverão ser observadas:

17.2.1. **Caso haja na renovação da apólice, alteração que implique em ônus, deveres ou redução de direitos aos Segurados, a concretização da renovação dependerá da anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo segurado.**

17.2.2. A apólice poderá ser renovada automaticamente uma única vez pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas na **Cláusula 30** - Cancelamento do Seguro destas Condições Gerais.

17.2.3. Feita uma renovação automática, as renovações seguintes poderão ter anuência expressa apenas do Estipulante, desde que não impliquem em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução dos seus direitos.

17.2.4. A renovação automática a que se refere o **item 17.1.2** não se aplicará quando a ALFA Previdência e Vida S/A ou o Estipulante ou Sub-estipulante comunicarem

desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de no mínimo 30 (trinta) dias da data final de vigência da apólice.

17.2.5. Feita uma renovação automática, as renovações seguintes deverão ter anuência expressa e, caso se enquadre na situação do **item 17.1.1** desta Cláusula, a anuência expressa deverá ser do grupo segurado.

17.2.6. Para a proposta de renovação aplicam-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados na Cláusula 14 e os seus espectivos subitens destas Condições Gerais.

17.2.7. Este seguro é por prazo determinado, tendo a ALFA Previdência e Vida S/A a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice ou estabelecer as novas condições de renovação do seguro.

18. VIGÊNCIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO

18.1. Para os seguros de prazo curto ou com vigência intermitente, a vigência de cada segurado será acionada a cada evento ou utilização do plano de seguro, conforme condições contratuais.

18.2. 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.

19. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

19.1. É facultado **exclusivamente** ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s), mediante manifestação por escrito à ALFA Previdência e Vida S/A, ressalvadas as restrições legais.

19.2. Não sendo instituído Beneficiário pelo Segurado, valerá o disposto no Código Civil Brasileiro.

19.3. É válida a instituição de companheiro(a) como Beneficiário(a) se, ao tempo do contrato o Segurado era solteiro, separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato, conforme o Código Civil Brasileiro.

19.4. A substituição do(s) Beneficiário(s) só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação.

19.5. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado, desde que protocolada pela ALFA Previdência e Vida S/A antes da ocorrência do sinistro.

19.6. Será válido o pagamento feito pela ALFA Previdência e Vida S/A se realizado antes de receber a comunicação da alteração de Beneficiário.

19.7. Se a ALFA Previdência e Vida S/A não for cientificada até o período estabelecido no item 19.4 desta Cláusula, quanto à substituição de Beneficiário(s), desobrigar-se-á, pagando o capital segurado ao antigo Beneficiário.

19.8. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do Beneficiário(s), a indenização referente à cobertura contratada deverá ser paga aos herdeiros legais do Segurado.

19.9. Reitera-se que para este plano de seguro e no caso da cobertura de morte acidental, os beneficiários do seguro de que trata estes planos serão aqueles especificados no Código Civil vigente.

20. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE

20.1. Constituem como obrigações do estipulante e Sub-estipulante:

- I. fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- II. manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- III. fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;
- IV. repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- V. repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
- VI. discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
- VII. comunicar, de imediato, à sociedade seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- VIII. dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

- IX. comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e
- X. fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

20.2. É expressamente vedado ao Estipulante e ao Sub-estipulante:

- I. Cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade seguradora; e
- II. Efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

21. DAS OBRIGAÇÕES DA ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A

21.1. Sem prejuízo das obrigações previstas em regulamentação vigente, ALFA Previdência e Vida S/A está obrigada a:

- I. informar aos Segurados a situação de adimplência do Estipulante ou Sub-estipulante, sempre que lhe for solicitado;
- II. comunicar aos Segurados os casos de não repasse à sociedade seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante ou Sub-estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse; e
- III. prestar ao Estipulante ou Sub-estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

22. CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO

22.1. As taxas do prêmio de seguro serão estabelecidas por taxa média ou única para todo o grupo segurado de acordo com as coberturas e planos contratados.

23. PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO

23.1. O prêmio será o produto da taxa média pelo respectivo capital segurado, estabelecida(s) na(s) respectiva(s) Condições Especiais da(s) cobertura(s) contratada(s).

23.2. A ALFA Previdência e Vida S/A poderá, anualmente, no aniversário da apólice ou com a periodicidade definida nas Condições Contratuais, recalculer as taxas e alterar o faturamento dos prêmios mensais se a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, ou seja, o volume de sinistros pagos e avisados superar o de prêmios líquidos arrecadados.

23.3. Caso a alteração de taxas prevista nos itens anteriores implique em ônus ou dever aos Segurados deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo segurado, exceto quando da aplicação dos índices de atualização monetária e recálculo previstos no contrato.

23.4. O recálculo nas taxas finais deverá ser realizado por endosso ou aditivo ao contrato com concordância expressa e escrita do Estipulante.

24. PAGAMENTO DO PRÊMIO

24.1. A cobrança do prêmio será efetuada por meio de documento emitido pela ALFA Previdência e Vida S/A.

24.2. A ALFA Previdência e Vida S/A encaminhará o documento a que se refere o **subitem 24.1** desta Cláusula diretamente ao Estipulante, Sub-Estipulante ou seu representante legal ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 7 (sete) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

24.3. O Estipulante e Sub-Estipulante poderão optar, em comum acordo com a ALFA Previdência e Vida S/A pelo pagamento dos prêmios de forma mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual e cada pagamento será correspondente a cada período de cobertura.

24.4. Caso o Estipulante opte pelo pagamento dos prêmios de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de cobertura. Na hipótese de rescisão do presente contrato em que os prêmios sejam pagos na forma mensal, nenhuma devolução de prêmio será devida.

24.5. Caso o Estipulante opte pelo pagamento de prêmios de forma anual, cada pagamento será correspondente a um ano de cobertura.

24.6. Caso o Estipulante opte por outra periodicidade de pagamento, a parcela mínima corresponderá a 1/12 (um doze avos) do prêmio anual e, no caso do período de cobertura conduzir a fração de mês, será sempre cobrado 1/12 (um doze avos) para cada fração de mês e o período de cobertura será adequado ao prêmio pago.

24.6.1. No caso de seguro com coberturas intermitentes, os prêmios poderão ser pagos em função da efetiva utilização das coberturas.

24.7. Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a ALFA Previdência e Vida S/A obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.

24.8. Se a data do vencimento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

24.9. A ALFA Previdência e Vida S/A providenciará aviso alertando a inadimplência de parcelas e/ou faturas não pagas ao Estipulante e/ou Sub-estipulante e Corretor da Apólice.

24.10. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, caso haja cobertura, todavia, caso ocorra após o prazo de pagamento de prêmio, sem que tenha sido efetuado, a indenização não será paga, mesmo se houver cobertura.

24.11. A ALFA Previdência e Vida S/A poderá delegar ao Estipulante e/ou Sub-estipulante, sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a cobrança dos prêmios, ficando o Estipulante e/ou Sub-estipulante responsável pelo pagamento nos prazos contratuais das respectivas faturas ou documentos de cobrança emitidos pela Seguradora e apresentados por meio da rede bancária.

24.11.1. A delegação acima mencionada poderá ser revogada a qualquer tempo pela ALFA Previdência e Vida S/A mediante notificação por escrito ao Estipulante e/ou Sub-estipulante, com 30 (trinta) dias de antecedência.

24.11.2. Se o Estipulante e/ou Sub-estipulante deixar de recolher à ALFA Previdência e Vida S/A os prêmios de seguro contributivo recebidos dos Segurados, tal fato não dará direito ao cancelamento da apólice das coberturas dos Segurados que tenham efetuado o pagamento, por ferir direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita por parte do Estipulante e/ou Sub-estipulante, o qual estará sujeito às cominações legais.

24.11.3. O Estipulante e/ou Sub-estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados a título de prêmio do seguro qualquer valor além daquele fixado pela ALFA Previdência e Vida S/A.

24.11.4. Caso o mesmo receba juntamente com o prêmio qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, fica o Estipulante e/ou Sub-estipulante obrigado a destacar nos documentos de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

24.12. Quando o seguro for contratado com autorização de consignação em folha, a ausência do repasse à ALFA Previdência e Vida S/A dos prêmios recolhidos pelo consignante não causará qualquer prejuízo ao Segurado ou respectivos clientes no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos. Cabendo à ALFA Previdência e Vida S/A adotar as medidas cabíveis para a regularização do pagamento junto ao Segurado ou Consignante.

24.12.1. Quando a forma de cobrança for desconto ou consignação em folha de pagamento, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo ou mediante pedido do Segurado por escrito.

24.12.1.1. Os prêmios cobrados por meio de desconto ou consignação em folha de pagamento, não sendo o empregador o Estipulante e/ou Sub-estipulante do seguro, deverão ser recolhidos diretamente à Seguradora mediante fatura ou documento de cobrança por ele apresentado por meio da rede bancária.

24.13. Sem prejuízo do item 24.9 desta Cláusula, incidirá(ão) ainda sobre o(s) prêmio(s) de seguro referente(s) ao período em atraso juros moratórios de 12% (doze por cento) ao ano, calculados pró-rata-die.

24.14. A falta de pagamento do prêmio, por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implicará no cancelamento automático do seguro.

24.14.1. Durante os 60 (sessenta) dias mencionados no item 24.14 desta Cláusula, as coberturas previstas na apólice não ficarão prejudicadas.

24.15. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado ou Estipulante.

25. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

25.1. Ocorrido um evento previsto na Apólice de Seguro contratado, a ALFA Previdência e Vida S/A deverá ser comunicada imediatamente e de forma expressa, através da Central de Atendimento da Alfa no telefone 3004-2532 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800-202-2532 (demais localidades) que informará e orientará sobre a os documentos obrigatórios para avaliação do sinistro.

25.2. As indenizações, se devidas, serão pagas em parcela única no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de recebimento, pela Seguradora, de todos os documentos necessários à comprovação ou à elucidação do evento.

25.2.1. A documentação necessária para abertura do sinistro está relacionada na Cláusula 26 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro, e deverá ser acrescida dos documentos específicos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

25.3. Em caso de dúvida fundada e justificável a ALFA Previdência e Vida S/A poderá solicitar ao(s) beneficiários(s) ou segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 26 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 25.2 desta Cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do recebimento pela ALFA Previdência e Vida S/A destes documentos e informações ou esclarecimentos.

25.3.1. Não respeitado o prazo previsto no subitem 25.2 desta Cláusula os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos subitens 25.4 e 25.5 desta Cláusula, aplicados a partir da data de sua exigibilidade. Considera-se data de exigibilidade o 1º dia posterior ao término do prazo previsto no subitem 25.2.

25.4. A título de juros de mora será utilizado o percentual de 12% (doze por cento) ao ano, calculado pro rata die a partir da data de sua exigibilidade até a data do efetivo pagamento.

25.5. As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor), a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento. No caso de extinção do índice ora pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

25.6. O pagamento será feito no Brasil e em moeda nacional.

25.7. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do Segurado e/ou Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela ALFA Previdência e Vida S/A.

26. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

26.1. Os documentos básicos, necessários para a liquidação de sinistro, que deverão ser encaminhados à ALFA Previdência e Vida S/A, são os abaixo indicados, acrescidos daqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, sendo que em caso de cópias, estas deverão ser autenticadas.

26.1.1. **Formulário Aviso de Sinistro:** documento fornecido pela ALFA Previdência e Vida S/A, devidamente preenchido em todos os seus campos.

26.1.2. **Formulário de Autorização para Crédito e de Pessoas Politicamente Expostas:** documento fornecido pela Seguradora que deverá ser preenchido por todos os beneficiários individualmente.

26.1.3. **Documentos do Segurado:**

- a) Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil), ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
- b) Cópia do comprovante de residência atualizado (até 60 dias do vencimento) do segurado principal;
 - I. Caso não possua comprovante de endereço em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de firma do declarante.
- c) Comprovante de vínculo do Segurado ao Evento (Ex.: Pulseira de Acesso, Ingresso, Lista, etc.).

26.1.4. **Documentos do(s) Beneficiário(s) Pessoa Física**

26.1.4.1. Quando houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário na Proposta de Adesão ou Proposta de Contratação:

a) Se maior de 16 (dezesesseis) anos, inclusive:

- o Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil);
- o Certidão de Casamento atualizada;
- o Cópia do comprovante de residência atualizado (até 60 dias do vencimento);

- i. Caso não possua comprovante de endereço em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de firma do declarante.

b) Se menor de 16 (dezesesseis) anos:

- o Cópia da Certidão de Nascimento do menor;
- o Cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência de seu representante legal;
- o Termo de Tutela se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

26.1.4.2. Quando não houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário na Proposta de Adesão ou Proposta de Contratação e inexistindo cláusula beneficiária que conste do Contrato:

a) Declaração de Únicos Herdeiros: assinada por todos os herdeiros do Segurado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração). Entre 16 (dezesesseis) e 18 (dezoito) anos deverá constar, também, documentos pessoais e assinatura do representante legal.

b) Cônjuge:

- o Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil);
- o Certidão de Casamento atualizada;
- o Cópia do comprovante de residência atualizado (até 60 dias do vencimento);
 - i. Caso não possua comprovante de endereço em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de firma do declarante.

c) Companheiro(a):

- o Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil);
- o Cópia do comprovante de residência atualizado (até 60 dias do vencimento);
 - i. Caso não possua comprovante de endereço em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de firma do declarante.

b.1) Se Segurado solteiro:

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

- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

b.2) Segurado viúvo:

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

b.3) Segurado separado judicialmente:

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

d) Filhos maiores de 16 (dezesseis) anos, inclusive:

- Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil);
- Cópia do comprovante de residência atualizado (até 60 dias do vencimento);
 - i. Caso não possua comprovante de endereço em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de firma do declarante.

e) Filhos menores de 16 (dezesseis) anos:

- Cópia da Certidão de Nascimento do menor;
- Cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência de seu representante legal;
- Termo de Tutela se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

f) Pais:

- Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil);
- Cópia do comprovante de residência atualizado (até 60 dias do vencimento);
 - i. Caso não possua comprovante de endereço em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de firma do declarante.

26.1.4.3. Nas situações em que o Segurado não indicar seus beneficiários, e houver deixado descendentes, cônjuge/companheiro, poderá ser necessário o envio dos Autos do processo de Inventário dos bens deixados pelo Segurado.

26.1.5. Documentos do(s) Beneficiário(s) Pessoa Jurídica:

- a) Cópia do Estatuto Social da Estipulante;
- b) Cópia do cartão de CNPJ da Estipulante;
- c) Comprovante de endereço atual (até 60 dias do vencimento) em nome da Estipulante.

26.1.6. Em caso de beneficiários cuja situação não esteja acima indicada, os documentos necessários serão solicitados após o envio do Aviso de Sinistro com a respectiva documentação.

27. JUNTA MÉDICA

27.1. No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice, será proposto pela ALFA Previdência e Vida S/A, por meio de correspondência escrita ao segurado no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela ALFA Previdência e Vida S/A, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

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

27.2. Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela ALFA Previdência e Vida S/A.

28. INFORMAÇÃO DE OUTROS SEGUROS (CONCORRÊNCIA DE APÓLICES)

28.1. Este seguro, em função da existência de Coberturas que permitam o reembolso de despesas de várias naturezas e indeniza, ainda, cobertura decorrente de perda de renda, *desde que contratadas*, prevê em suas condições a cláusula de informação de Apólices de Seguro, portanto o Estipulante, Sub-estipulante, seus representantes e Segurados Individuais que, não informar quando da contratação, ou que tenha pleiteado para mais de uma seguradora a indenização sobre os riscos, e não informado a todas as Sociedades Seguradoras e/ou operadoras perderá o direito à indenização.

28.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por Coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos em seguros distintos, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

I – será calculada a indenização individual de cada Cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado, limite máximo de indenização da Cobertura e cláusulas de rateio;

II – será calculada a “indenização individual ajustada” de cada Cobertura, na forma abaixo indicada:

a) se, para um determinado seguro, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de capital, a indenização individual de cada Cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outros seguros serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e limites máximos de indenização. O valor restante do limite máximo de garantia do seguro será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os limites máximos de indenização destas coberturas.

b) caso contrário, a “indenização individual ajustada” será a indenização individual, calculada de acordo com o inciso I deste item 28.2.

III – será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes Apólices de Seguro, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o inciso II.

IV - se a quantia a que se refere o inciso III deste artigo for igual ou inferior ao Prejuízo vinculado à Cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o Segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;

V – se a quantia estabelecida no inciso III for maior que o prejuízo vinculado à Cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele inciso.

29. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

29.1. A ALFA Previdência e Vida S/A não pagará qualquer indenização com base no presente seguro se o Estipulante, 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, além de estar o Segurado, nos seguros contributários, ou o Estipulante, nos seguros não contributários, obrigados ao pagamento do prêmio vencido.

29.1.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a ALFA Previdência e Vida S/A poderá:

a) na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

29.1.2. O Segurado está obrigado a comunicar à ALFA Previdência e Vida S/A, 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 na inobservância ao Código Civil Brasileiro.

29.1.2.1. A ALFA Previdência e Vida S/A, 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.

29.1.2.2. 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 após o efetivo cancelamento.

29.2. A ALFA Previdência e Vida S/A ficará isenta do pagamento de qualquer indenização securitária caso seja constatada a omissão voluntária, por parte do Segurado, de perguntas contidas na Declaração Pessoal de Saúde quando da contratação do seguro e a ALFA Previdência e Vida S/A comprovar o conhecimento prévio do proponente.

29.3. A ALFA Previdência e Vida S/A também não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro, caso haja, por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), seu representante ou corretor de seguros:

- a) inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas neste seguro;**
- b) prática de dolo, fraude ou sua tentativa, simulação para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado ou Beneficiário(s) tentar(em) obter vantagem indevida com o sinistro;**
 - b1) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes legais;**
- c) deixar de comunicar à Seguradora todo e qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto em conformidade as Condições Gerais e Especiais deste seguro e, ainda, se ficar comprovado que silenciou de má fé, conforme previsto em Código Civil Brasileiro.**

30. CANCELAMENTO DO SEGURO

30.1. O seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

30.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará rescindido independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização a qualquer parte, preservados os direitos do Segurado, nas seguintes situações:

- a) por falta de pagamento de parcela do prêmio, após o prazo disposto da Cláusula 25 destas Condições Gerais;**
- b) automaticamente, com a morte do Segurado ou de acordo com as condições especiais de demais coberturas contratadas por este seguro, devidamente previstas em contrato;**
- c) mediante solicitação pelo Estipulante/Segurado à ALFA Previdência e Vida S/A;**
- d) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais ou das Condições Especiais;**
- e) se houver dolo, culpa grave, prática de fraude, consumada ou tentada, por parte do Estipulante, segurado ou do(s) Beneficiário(s), no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;**
- f) quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio, no caso de seguro contributivo, observado o item 24.17 da Cláusula 24 destas Condições Gerais; e**
- g) com a cessação do vínculo concreto do Segurado titular com o Estipulante ou Sub-Estipulante.**

30.3. O pagamento de prêmios pelo Estipulante ou Segurado, de qualquer valor, à ALFA Previdência e Vida S/A após a data de rescisão não implica a reabilitação do seguro nem gera qualquer efeito, devendo ser devolvido devidamente corrigido.

30.4. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

30.5. Durante a vigência do Seguro, a apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

31. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

31.1. A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante, Sub-estipulante e/ou corretor somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da ALFA Previdência e Vida S/A, respeitadas as condições Gerais e Especiais da apólice e as regulamentações vigentes do seguro.

32. PRESCRIÇÃO

32.1. Qualquer direito do Segurado com fundamento na Condição Geral, Contrato, e Apólice de Seguro prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

33.FORO CONTRATUAL

33.1. Fica eleito o foro de domicílio do Segurado ou Beneficiário para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de falecimento do Segurado, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, **decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto.**

1.2. Para fins desta cobertura, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte do segurado, reiterando as inclusões e exclusões previstas nas definições gerais das condições gerais destes seguro de pessoas coletivo.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;

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

2.1.3. Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

2.1.4. Viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. Esta cobertura não prevê a aplicação de franquias. Exceto, as previstas em lei.

3.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

3.3. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro e Condições Contratuais, vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro e Condições Contratuais.

5.2. O pagamento da cobertura de Morte Acidental não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 25 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 26 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Cópia da Certidão de Óbito;
- b) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o sinistrado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- c) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- d) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial;
- f) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Esta cobertura não prevê a reintegração do capital segurado após o pagamento da indenização.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. **Com a ocorrência de sinistro desta cobertura o Seguro individual vinculado ao Segurado será automaticamente cancelado.**

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e da Apólice de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL - AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante o reembolso das despesas de funeral, até o limite do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de morte do Segurado, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, **decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto.**

1.2. Para menores de 14 (quatorze) anos, nos termos da legislação específica, é permitida exclusivamente a contratação da cobertura de Auxílio-funeral na modalidade de reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das Notas Fiscais originais, que podem ser substituídas, a critério da ALFA Previdência e Vida S/A, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se as seguintes condições:

- a) incluem-se entre as despesas com o funeral, as havidas com traslado; e
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

1.3. Esta cobertura é extensiva aos natimortos, quando houver a realização do funeral.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;

2.1.2. Intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;

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

2.1.4. Despesas com:

- a) **Traslado de Corpo;**
- b) **Roupas em geral;**
- c) **Anúncio em rádio ou jornal;**
- d) **Missa de 7º dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;**
- e) **Xerox da documentação;**
- f) **Café, bebidas, refeições em geral;**
- g) **Compra de jazigo;**
- h) **Confecção de gaveta em túmulo de terceiro;**
- i) **Lápides e/ou gravações;**

- j) Cruzes;**
- k) Reforma em geral no jazigo;**
- l) Exumação de corpo em jazigo da família;**
- m) Custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;**
- n) Despesas de qualquer natureza que não sejam relacionadas diretamente com o funeral, não previstas nesta Condição Geral e Especial;**
- o) Necromaquiagem (as técnicas de preservação – tanatopraxia e embalsamento – terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, considerando esta despesa como parte dos valores de cobertura estipulados).**

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

- 3.1.** Esta cobertura não prevê a aplicação de franquia. Exceto, as previstas em lei.
- 3.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 3.3.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

- 4.1.** Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro e Condições Contratuais, vigente na data do evento.
- 4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 5.1.** O pagamento desta garantia será realizado através de reembolso dos valores gastos com o funeral, mediante apresentação das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas.
- 5.2.** Esta cobertura prevê a Cláusula 29 – Concorrência de Apólices, constante das Condições Gerais do Seguro.
- 5.3.** O pagamento da cobertura de Morte Acidental - Auxílio Funeral não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 6.1.** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito

na Cláusula 25 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 26 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Cópia da Certidão de Óbito;
- b) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o sinistrado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- c) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- d) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial;
- f) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;
- h) Comprovantes originais das despesas com o Funeral.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Esta cobertura não prevê a reintegração do capital segurado após o pagamento da indenização.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Com a ocorrência de sinistro desta cobertura o Seguro individual vinculado ao Segurado será automaticamente cancelado.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e da Apólice de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao Segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela para cálculo da indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, **proporcional ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura**, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Para fins desta cobertura, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário o tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

1.3. No caso de Invalidez Permanente por Acidente, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

TABELA DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
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

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente - continuação	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSOS	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente - continuação	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbia-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2; dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	15
• de 5 centímetros ou mais	10
• de 4 centímetros	6
• de 3 centímetros	0
• menos de 3 centímetros	15
PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA DIVERSOS¹	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
Em grau mínimo	05
Em grau médio	10
Em grau máximo	20
NARIZ	
Amputação total de nariz com perda de olfato	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10

¹ A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente - continuação	
PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA DIVERSOS²	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
Diplopia	15
Lesões das vias Lacrimais	
Unilateral	07
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DE FONAÇÃO	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
SISTEMA AUDITIVO	
Amputação total de uma orelha	08
Amputação total de duas orelhas	16
PERDA DO BAÇO	15
APARELHO URINÁRIO	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
Cistostomia (definitiva)	30
Incontinência urinária permanente	30
Perda de um rim, com rim remanescente	
Com função renal preservada	30
Redução da função renal (não dialítica)	50
Redução da função renal (dialítica)	75
Perda de rim único	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	05
Perda de dois testículos	15
Amputação traumática do pênis	40

² A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente - continuação	
PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA DIVERSOS³	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um ovário	05
Perda de dois ovários	15
Perda do útero antes da menopausa	30
Perda do útero depois da menopausa	10
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATORIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia parcial ou total)	
Com função respiratória preservada	15
Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
Com redução em grau médio da função respiratória	50
Com insuficiência respiratória	75
MAMAS (FEMINÍNAS)	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10

³ A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente - continuação	
PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA DIVERSOS ⁴	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
FIGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
SINDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefaleia)	20
Síndrome pós-concussional	05

1.4. No caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido à percentagem de redução prevista na tabela para perda total do membro, órgão ou parte atingida;

1.5. Na falta de indicação da percentagem de redução, e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento);

1.6. Em todos os casos de invalidez parcial não especificado na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão;

1.7. Nos casos de Invalidez Parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro;

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

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

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

1.11. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por invalidez permanente;

1.12. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente deve ser comprovada através de declaração do médico assistente do segurado, resultados de exames realizados

⁴ A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

decorrente do acidente e poderá ser complementado através da Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez emitida pelo INSS;

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

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

1.15. Se, depois de paga indenização por invalidez parcial permanente por acidente, ocorrer a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez parcial permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura;

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXCLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;

2.1.2. Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

2.1.3. Viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. Esta cobertura não prevê a aplicação de franquias. Exceto, as previstas em lei.

3.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

3.3. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro e Condições Contratuais, vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total correspondente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial calculada conforme regras acima, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro e Condições Contratuais.

5.2. O pagamento da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 25 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 26 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o sinistrado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- b) Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
- c) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o sinistrado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- d) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial;
- f) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Resultados de exames médicos realizados pelo sinistrado por ocasião do acidente e atuais;
- h) Em caso de quadro clínico que necessite de interdição do sinistrado, providenciar o envio dos documentos:
 - *Certidão de Interdição Judicial ou Termo de curatela;*
 - *Cópia do RG, CPF e comprovante de residência atualizado até 60 dias do vencimento, em nome do curador.*

6.1.1. Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou

de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente desta pessoa ser um médico habilitado.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. No caso de invalidez parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

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

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

8.3. A ocorrência de Invalidez Permanente Parcial por Acidente e o consequente pagamento do Capital Segurado não caracteriza o cancelamento do seguro, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e da Apólice de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao Segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela para cálculo da indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, proporcional ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Para fins desta cobertura, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário o tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

1.3. No caso de Invalidez Permanente por Acidente, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

TABELA DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente		% sobre o Capital Segurado
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	Discriminação	
	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

1.4. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a

indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para o caso de Invalidez Permanente Total por Acidente;

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

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

1.7. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente.

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

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

1.10. 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.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;

2.1.2. Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

2.1.3. Viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido

declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

- 3.1.** Esta cobertura não prevê a aplicação de franquia. Exceto, as previstas em lei.
- 3.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 3.3.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

- 4.1.** Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro e Condições Contratuais, vigente na data do evento.
- 4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 5.1.** O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total correspondente a participação do segurado sinistrado, obedecendo o limite estabelecido para esta garantia.
- 5.2.** O pagamento da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 25 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 26 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o sinistrado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- b) Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
- c) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o sinistrado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- d) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial;

- f) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Resultados de exames médicos realizados pelo segurado por ocasião do acidente e atuais;
- h) Em caso de quadro clínico que necessite de interdição do sinistrado, providenciar o envio dos documentos:
 - *Certidão de Interdição Judicial ou Termo de curatela;*
 - *Cópia do RG, CPF e comprovante de residência atualizado até 60 dias do vencimento, em nome do curador.*

6.1.1. Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente desta pessoa ser um médico habilitado.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Esta cobertura não prevê a reintegração do capital segurado após o pagamento da indenização.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

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

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e da Apólice de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

1.2. Como tratamento considera-se inclusive a internação hospitalar a critério do médico-assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, ultra-sonografia, tomografia computadorizada, medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório, bem como despesas de pronto-socorro, assistência de enfermeiro(s) diplomado(s) e honorário(s) médico(s) e dentista(s).

1.3. Para fins desta cobertura, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte do segurado, reiterando as inclusões e exclusões previstas nas definições gerais das condições gerais destes seguro de pessoas coletivo.

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

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

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

1.7. **As indenizações por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente seguro, isto é, se em consequência de acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido e, antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), a Seguradora não abaterá do capital segurado devido por Morte Acidental ou Invalidez Permanente e Total por Acidente o valor pago por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO).**

1.8. **O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXCLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;

2.1.2. ato reconhecidamente perigoso, inclusive atividade física radical, que não seja motivado por necessidade justificada e da prática, pelo(s) Segurado(s), de atos ilícitos ou contrários à lei, exceção nos casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, de prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

2.1.3. perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

2.1.4. viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito.

2.1.5. Despesas com:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e de dietas especiais, bem como qualquer despesa 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 em consequência de acidente coberto.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. Esta cobertura poderá prever a aplicação de franquias, sendo definida nas condições contratuais do seguro, Apólice de Seguro e Condições Contratuais.

3.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro e Condições Contratuais, vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será realizado através de reembolso dos valores gastos com as despesas médicas, mediante apresentação das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas.

5.2. Esta cobertura prevê a Cláusula 29 – Concorrência de Apólices, constante das Condições Gerais do Seguro.

5.3. O pagamento da cobertura de Despesas Médico, Hospitalares e Odontológicas não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 25 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 26 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o sinistrado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- b) Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
- c) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o sinistrado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- d) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial;
- f) Resultados de exames médicos realizados pelo sinistrado por ocasião do acidente e atuais;
- g) Para reembolso de honorário médicos, enviar: Recibo carimbado pelo médico com CPF/CNPJ e CRM; Relatório médico constando todos os procedimentos realizados de acordo com a tabela AMG.
- h) Para reembolso de honorários de hospital, enviar: Notas fiscais; discriminativo da conta hospitalar; Cópia do prontuário médico do período referente aos honorários cobrados.
- i) Para reembolso de exames médicos, enviar: Notas fiscais; Cópia do pedido médico acompanhado de resultados do exame médico.
- j) Para reembolso de outras despesas, enviar: Notas fiscais; Pedido médico e/ou outros documentos que comprovem a necessidade da despesa reclamada.

6.2. Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente desta

pessoa ser um médico habilitado.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Esta cobertura, em caso de sinistro, reintegrará automaticamente o capital segurado, somente para novas ocorrências de acidentes pessoais com o Segurado, durante a vigência do Seguro.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. O pagamento da indenização não caracteriza o cancelamento do seguro, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e da Apólice de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1.** Esta Cobertura, **desde que contratada**, garante ao próprio Segurado o pagamento das diárias contratadas, dentro dos limites estabelecidos na apólice, para cada dia em que o Segurado estiver impedido, involuntariamente e temporariamente, de trabalhar, em razão de quadro clínico incapacitante, causado exclusivamente por acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de Risco Excluído.
- 1.2.** Observado o limite máximo contratual de 360 (trezentos e sessenta) diárias, estas são devidas a partir do 16º (décimo sexto) dia de caracterização da incapacidade.
- 1.3.** O valor e a quantidade de diárias contratadas serão fixadas na Apólice de Seguro.
- 1.4.** Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não poderá superar a quantidade contratada.
- 1.5.** A Diária de Incapacidade tem também como objetivo atender a uma complementação salarial, no caso de afastamento do trabalho conforme definido na Cláusula 1.1 destas Condições Especiais.
- 1.6.** Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da ALFA Previdência e Vida S/A, sendo que esta arcará com tais despesas.
- 1.7.** Retornando as suas atividades laborativas, o Segurado não poderá usufruir novamente do benefício da garantia de Diárias por Incapacidade em prazo inferior ao estipulado na Apólice, contados da data do seu retorno do último afastamento.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXCLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

- 3.1.** O período de franquia será de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento da atividade profissional do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento. Os pagamentos de diárias por incapacidade serão devidos a partir do 16º (décimo sexto) dia até o prazo máximo determinado nestas condições especiais.
- 3.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro e Condições Contratuais, vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do afastamento do Segurado de suas atividades profissionais, devidamente comprovado.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total correspondente aos dias de afastamento, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia e regras de franquias e carência, definido na Apólice de Seguro e Condições Contratuais.

5.2. O pagamento da cobertura de Diária de Incapacidade Temporária por Acidente não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 25 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 26 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Cópia da Carta de Concessão do Auxílio INSS, informando o período do afastamento do trabalho e prorrogação, se houver;
- b) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- c) Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
- d) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o Segurado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- e) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial;
- g) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- h) Resultados de exames médicos realizados pelo segurado por ocasião do acidente e atuais;
- i) Em caso de quadro clínico que necessite de interdição do segurado, providenciar o envio dos documentos:

- *Certidão de Interdição Judicial ou Termo de curatela;*
- *Cópia do RG, CPF e comprovante de residência atualizado até 60 dias do vencimento, em nome do curador.*

6.2. Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente desta pessoa ser um médico habilitado.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. A Seguradora procederá a reintegração automática desta garantia após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. O pagamento da indenização não caracteriza o cancelamento do seguro, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente.

9. AMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

9.1. Esta cobertura garante apenas os eventos ocorridos no Brasil.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e da Apólice de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

10.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao próprio Segurado o pagamento de diárias por hospitalização, em caso de internação hospitalar do segurado decorrente, **exclusivamente de acidente pessoal coberto**, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, e desde que justificado e reconhecido pela prática médica, **e exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nesta Condição Geral e Especial.**

1.2. Observado o limite máximo contratual de 360 (trezentos e sessenta) diárias, estas são devidas a partir do 2º (segundo) dia de caracterização da internação hospitalar.

1.3. O valor e a quantidade de diárias contratadas serão fixadas nas Condições Contratuais e Apólice de Seguro.

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

1.5. **Esta cobertura não garante a internação ou vaga em hospital, que devem ser procuradas pelo Segurado, seu médico ou por quem os represente.**

1.6. **Para os fins desta cláusula, entende-se:**

1.6.1. Hospital: Estabelecimento público ou privado, legalmente constituído, licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos, clínicos ou cirúrgicos, em regime de internação.

1.6.2. Hospitalização ou Internação Hospitalar: É a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

1.7. Caso o Segurado seja submetido a mais de uma internação que tenha por origem ou causa o mesmo acidente, tais internações serão consideradas como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXCLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;

2.1.2. Doenças mentais, psiquiátricas, estresse e depressão, incluindo as internações em departamentos psiquiátricos de hospitais gerais ou prontos-socorros para tratamento destas doenças e/ou aquelas que exijam psicanálise, sonoterapia ou

psicoterapia;

2.1.3. Internações domiciliares (home care);

2.1.4. Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilo e casas de repouso;

2.1.5. Internações para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica.

2.1.6. Diálises e hemodiálises;

2.1.7. Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como de intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

2.1.8. Cirurgias para correção de fimose, ligadura de trompas ou vasectomia, tratamentos para infertilidade ou inseminação artificial;

2.1.9. Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, tratamentos rejuvenescedores, para obesidade ou emagrecimento, incluindo gastroplastia redutora;

2.1.10. Cirurgias plásticas e despesas com compra de prótese, confecção de óculos e lentes de contato (salvo as cirurgias pós-acidentais restauradoras e as reparadoras de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas);

2.1.11. A perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;

2.1.12. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

2.1.13. Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;

2.1.14. Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;

2.1.15. Internações hospitalares realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;

2.1.16. Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);

2.1.17. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

2.1.18. Lesões corporais, bem como suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual;

2.1.19. Automutilações e lesões auto infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são salvo hipótese de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial do contrato;

2.1.20. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

2.1.21. Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;

2.1.22. Eventos não decorrentes de risco coberto.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. A Franquia será estabelecida na Apólice e terá prazo mínimo de 1 (uma) diária e máximo de 15 (quinze) diárias de internação hospitalar por evento, iniciando-se a cobertura no dia seguinte ao término do período de franquia.

3.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro e Condições Contratuais, vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da primeira internação decorrente do acidente pessoal.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total correspondente aos dias de internação, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia e regras de franquia e carência, definido na Apólice de Seguro e Condições Contratuais.

5.2. O início do pagamento desta garantia se dará a partir do primeiro dia subsequente ao término da franquia, até o limite de dias/meses determinado nas Condições Contratuais, Apólice e Condições Contratuais.

5.3. Esta cobertura prevê a Cláusula 28 – Concorrência de Apólices, constante das Condições Gerais do Seguro.

5.4. O pagamento da cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 25 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 26 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- b) Declaração do Hospital informando o período em que o segurado esteve internado, bem como descrevendo as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados e data da alta médica hospitalar;
- c) Cópia do Prontuário Médico Hospitalar, com os resultados dos exames complementares, incluindo imagens e respectivos laudos;
- d) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o Segurado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- e) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial;
- g) Em caso de quadro clínico que necessite de interdição do segurado, providenciar o envio dos documentos:
 - *Certidão de Interdição Judicial ou Termo de curatela;*
 - *Cópia do RG, CPF e comprovante de residência atualizado até 60 dias do vencimento, em nome do curador.*

6.2. Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente desta pessoa ser um médico habilitado.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. A Seguradora procederá a reintegração automática desta garantia após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. O pagamento da indenização não caracteriza o cancelamento do seguro, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente.

9. AMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

9.1. Esta cobertura garante apenas os eventos ocorridos no Brasil.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e da Apólice de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

10.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE EM UTI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao Segurado o pagamento de diárias por hospitalização, **em caso de internação hospitalar em UTI – Unidade de Terapia Intensiva** do segurado decorrente, **exclusivamente de acidente pessoal** coberto, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, e desde que justificado e reconhecido pela prática médica, **e exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nesta Condição Geral e Especial.**

1.2. Observado o limite máximo contratual de 360 (trezentos e sessenta) diárias, estas são devidas a partir do 2º (segundo) dia de caracterização da internação hospitalar.

1.3. O valor e a quantidade de diárias contratadas serão fixadas nas Condições Contratuais e Apólice de Seguro.

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

1.5. **Esta cobertura não garante a internação ou vaga em hospital, que devem ser procuradas pelo Segurado, seu médico ou por quem os represente.**

1.6. **Para os fins desta cláusula, entende-se:**

1.6.1. Hospital: Estabelecimento público ou privado, legalmente constituído, licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos, clínicos ou cirúrgicos, em regime de internação.

1.6.2. Hospitalização ou Internação Hospitalar: É a permanência em hospital em regime de internação **exclusiva em UTI – Unidade de Terapia Intensiva**, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

1.7. Caso o Segurado seja submetido a mais de uma internação em UTI – Unidade de Terapia Intensiva que tenha por origem ou causa o mesmo acidente, tais internações serão consideradas como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXCLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;

- 2.1.2. Doenças mentais, psiquiátricas, estresse e depressão, incluindo as internações em departamentos psiquiátricos de hospitais gerais ou prontos-socorros para tratamento destas doenças e/ou aquelas que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;**
- 2.1.3. Internações domiciliares (home care);**
- 2.1.4. Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilo e casas de repouso;**
- 2.1.5. Internações para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica.**
- 2.1.6. Diálises e hemodiálises;**
- 2.1.7. Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como de intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- 2.1.8. Cirurgias para correção de fimose, ligadura de trompas ou vasectomia, tratamentos para infertilidade ou inseminação artificial;**
- 2.1.9. Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, tratamentos rejuvenescedores, para obesidade ou emagrecimento, incluindo gastroplastia redutora;**
- 2.1.10. Cirurgias plásticas e despesas com compra de prótese, confecção de óculos e lentes de contato (salvo as cirurgias pós-acidentais restauradoras e as reparadoras de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas);**
- 2.1.11. A perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;**
- 2.1.12. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- 2.1.13. Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;**
- 2.1.14. Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- 2.1.15. Internações hospitalares realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;**
- 2.1.16. Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);**
- 2.1.17. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- 2.1.18. Lesões corporais, bem como suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual;**
- 2.1.19. Automutilações e lesões auto infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são salvo hipótese de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial do contrato;**

2.1.20. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

2.1.21. Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;

2.1.22. Eventos não decorrentes de risco coberto.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. A Franquia será estabelecida na Apólice e terá prazo mínimo de 1 (uma) diária e máximo de 15 (quinze) diárias de internação hospitalar por evento, iniciando-se a cobertura no dia seguinte ao término do período de franquia, sem prejuízo do período de carência.

3.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro e Condições Contratuais, vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da primeira internação decorrente do acidente pessoal ou doença que provocou a internação do Segurado.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total correspondente aos dias de internação, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia e regras de franquia e carência, definido na Apólice de Seguro e Condições Contratuais.

5.2. O início do pagamento desta garantia se dará a partir do primeiro dia subsequente ao término da franquia, até o limite de dias/meses determinado nas Condições Contratuais e Apólice de Seguros.

5.3. Esta cobertura prevê a Cláusula 28 – Concorrência de Apólices, constante das Condições Gerais do Seguro.

5.4. O pagamento da cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente em UTI – Unidade de Terapia Intensiva não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 25 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 26 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- b) Declaração do Hospital informando o período em que o segurado esteve internado, bem como descrevendo as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados e data da alta médica hospitalar;
- c) Cópia do Prontuário Médico Hospitalar, com os resultados dos exames complementares, incluindo imagens e respectivos laudos;
- d) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o Segurado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- e) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial;
- g) Em caso de quadro clínico que necessite de interdição do segurado, providenciar o envio dos documentos:
 - *Certidão de Interdição Judicial ou Termo de curatela;*
 - *Cópia do RG, CPF e comprovante de residência atualizado até 60 dias do vencimento, em nome do curador.*

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. A Seguradora procederá a reintegração automática desta garantia após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. **O pagamento da indenização não caracteriza o cancelamento do seguro, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente.**

9. AMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

9.1. Esta cobertura garante apenas os eventos ocorridos no Brasil.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e da Apólice de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia

todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

10.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.