

CONDIÇÕES GERAIS

SABEMI SEGURADORA S.A.

SEGURO ACIDENTES PESSOAIS
EVENTOS (coletivo)

CG20260825TM

Setembro 2026

Sumário

DISPOSIÇÕES INICIAIS	4
1. OBJETIVO	4
2. DEFINIÇÕES.....	4
3. COBERTURAS	9
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	18
5. CARÊNCIA	19
6. FRANQUIA	20
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO	20
8. ANÁLISE E ACEITAÇÃO DO RISCO	20
9. EMISSÃO DA APÓLICE	23
10. ELEGIBILIDADE.....	23
11. OUTROS SEGUROS	23
12. CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS	23
13. PRAZO DE ARREPENDIMENTO	23
14. VIGÊNCIA	24
15. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	24
16. CAPITAL SEGURADO.....	26
17. DESPESAS DE CONTENÇÃO E SALVAMENTO	27
18. ALTERAÇÃO DO CONTRATO, DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO	28
19. RENOVAÇÃO.....	28
20. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO	28
21. CUSTEIO DO SEGURO	29
22. PAGAMENTO DO PRÊMIO	29
23. CANCELAMENTO E SUSPENSÃO DA COBERTURA	30
24. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	32
25. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTROS.....	32
26. ANÁLISE DO SINISTRO	34
27. PERÍCIA / JUNTA MÉDICA	35
28. PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	35
29. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	36
30. BENEFICIÁRIOS	36
31. PERDA DE DIREITOS	37

32. REINTEGRAÇÃO DE COBERTURA	37
33. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA.....	37
34. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	38
36. PRESCRIÇÃO	39
37. FORO.....	39

Condições Gerais

Seguro Acidentes Pessoais - Eventos

N.º Registro Susep 15414.613290/2022-85

DISPOSIÇÕES INICIAIS

A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.

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

O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

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

Este seguro possui vigência determinada, extinguindo-se automaticamente ao término da vigência indicada na apólice, não havendo previsão de renovação automática.

As Condições Contratuais deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

Acesse a plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados: www.consumidor.gov.br

O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

1. OBJETIVO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou a seus Beneficiários, em decorrência de acidentes ocorridos durante a preparação, a participação e/ou a realização de um evento coberto, previsto nas coberturas contratadas, de acordo com as disposições estabelecidas nas presentes Condições Gerais.

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: É o 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 outra 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 o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

Incluem-se, ainda, no conceito:

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

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

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

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

Apólice: É documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

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

Beneficiário(s): É pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Boa-Fé: Princípio segundo o qual as partes devem agir com honestidade, lealdade e transparência na contratação e execução do seguro.

Capital Segurado: É valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

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

Coberturas: São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado, quando da ocorrência de um evento coberto.

Condições Contratuais: É conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

Condições Gerais: Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos, dos Segurados, dos Beneficiários, do Estipulante, do Sub-Estipulante e da Seguradora e que integram a apólice.

Contrato: É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e/ou Sub-estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante e/ou Sub-estipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

Corretor de Seguros: É a pessoa física ou jurídica devidamente habilitada e registrada junto à SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) para intermediar e promover a realização de plano de seguro entre os Estipulantes, Sub-Estipulantes e/ou Segurados junto à Seguradora, sendo o corretor responsável pela orientação destes no que se refere às Coberturas, Obrigações e Exclusões do contrato.

Diária Segurada: É a importância a ser paga ao Segurado em função do valor estabelecido para a cobertura adicional de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-AP), vigente na data do evento.

Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes: Doença, lesão e/ou deficiência, inclusive congênita, que comprometa a função orgânica ou coloque em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, em relação à qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação.

Dolo: Ato consciente e intencional praticado com objetivo de obter vantagem indevida.

Estipulante: É a 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-verbador quando não participar do custeio.

Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, em virtude do qual o Beneficiário pode receber a Indenização prevista na(s) cobertura(s) contratada(s).

Evento Preexistente: É toda doença contraída, ainda que não manifestada, ou acidente ocorrido com o Segurado titular ou dependente, anteriormente à data do início de vigência do seguro.

Franquia: Período durante o qual o Segurado é responsável pelos prejuízos decorrentes de um sinistro.

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

Grupo Segurável: São as pessoas participantes do evento que podem ser incluídas no seguro, ou seja, são os organizadores, visitantes, expectadores e participantes do evento promovido pelo Estipulante, de acordo com a descrição constante na Proposta de Contratação.

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

Médico: É o profissional legalmente habilitado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Organizadores: Grupo de pessoas físicas em plena atividade das suas funções profissionais, que pertencem a um grupo de trabalho que organizam um evento.

Participantes: Grupo de pessoas que participam de um evento.

Período de Cobertura: É o período durante o qual o Segurado ou seus beneficiários farão jus aos Capitais Segurados contratados.

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

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

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

Reintegração: É a recomposição do Capital Segurado de uma Cobertura, na mesma proporção em que foi reduzido em função da ocorrência de um sinistro coberto pela apólice.

Risco: Probabilidade de ocorrência de evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado ou Beneficiário do Seguro, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

Riscos Excluídos: Eventos preestabelecidos nas Condições Gerais e Especiais do seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento relativo a estes eventos.

Seguradora: É a SABEMI SEGURADORA S.A., denominada nas Cláusulas do contrato apenas Seguradora, empresa autorizada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) a funcionar no Brasil como tal. A Seguradora, recebendo o prêmio, assume o risco e garante indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo contrato.

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

Seguro Contributário: Seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade do segurado, sendo pago totalmente pelo segurado.

Seguro Não Contributário: Seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do estipulante.

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

Staff: Grupo de pessoas físicas em plena atividade das suas funções profissionais, que pertencem a um grupo de trabalho que administram e dão suporte a um evento.

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados: É o órgão responsável pelo controle e pela fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

Vigência: É o período de tempo que determina o início e o fim da validade do seguro e das coberturas contratadas.

Visitantes/expectadores/público: Grupo de pessoas que assistem, apreciam ou visitam um evento.

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas deste seguro dividem-se em Básicas e Adicionais, podendo ser contratadas de acordo com a opção feita pelo Estipulante na Proposta de Contratação e ratificadas na Apólice em favor dos organizadores, Staff, visitantes/expectadores/público e participantes do evento indicado no seguro.

3.2. Constarão em cada apólice as coberturas escolhidas pelo Estipulante, suas particularidades e respectivos capitais segurados, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Coberturas Básicas para a validade deste seguro.

3.3. As coberturas contratadas, deverão ser sempre consideradas em conjunto com o que dispõe os riscos excluídos, constantes nestas Condições Gerais.

3.4. Para melhor entendimento do Seguro de Acidentes Pessoais Eventos, trata-se de seguro destinado à cobertura de acidentes pessoais ocorridos com organizadores, staff, participantes, visitantes e expectadores durante a realização do evento segurado, observados os capitais segurados e limites estabelecidos na Apólice.

3.5. O número de segurados está limitado à lotação oficial do local indicado para o evento.

3.6. COBERTURA BÁSICA

3.6.1. Morte Acidental (MA)

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização em caso de falecimento do segurado decorrente de acidente ocorrido nas dependências do evento ou seu entorno, durante o período de realização do evento indicado na Apólice e/ou endosso.

3.6.1.1. Seguro de Menores

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

3.6.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

3.6.2.1. Garante ao Segurado o pagamento de uma indenização em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada, exclusivamente por acidente pessoal ocorrido nas dependências do evento ou no seu entorno, durante a realização do evento indicado na Apólice e/ou endosso, quando ocorrido dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado.

No caso de Invalidez Permanente por Acidente, desde que seja definitivo o caráter da invalidez, a Seguradora pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente		
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
	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

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente		
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 tivera outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente		
INVALIDEZ PERMANENTE	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		
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbia-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a ½; dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	▪ de 5 centímetros ou mais	15
	▪ de 4 centímetros	10
	▪ de 3 centímetros	6
	▪ menos de 3 centímetros	0

PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		
Discriminação		% sobre o Capital Segurado
DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	05
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total de nariz com perda de olfato	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias Lacrimais	
	Unilateral	07
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra	
	Ectrópio unilateral	03
	Ectrópio bilateral	06
	Entrópio unilateral	07
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	03
	Má oclusão palpebral bilateral	06
	Ptose palpebral unilateral	05
	Ptose palpebral bilateral	10
	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

PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		
Discriminação		% sobre o Capital Segurado
	Incontinência urinária permanente	30
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	05
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATORIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia parcial ou total)	
	Com função respiratória preservada	15
	Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Com redução em grau médio da função respiratória	50
	Com insuficiência respiratória	75
	MAMAS (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	40

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

- 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;
- 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);
- Em todos os casos de Invalidez Parcial não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão;
- Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se os percentuais respectivos, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para o caso de Invalidez Permanente por Acidente;
- Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à percentagem da indenização prevista para sua perda total;

- f) Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitivo;
- g) A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente;
- h) A Invalidez Permanente por Acidente deve ser comprovada através de declaração médica que a ateste, podendo ainda esta ser complementada pela Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez fornecida pelo INSS, caso este a tenha concedido, bem como por resultados de exames realizados em virtude do acidente;
- i) **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente total ou parcial por acidente.**
- j) **A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), não poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).**

3.6.3. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

3.6.3.1. Garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, em caso da perda total ou impotência funcional definitiva total de membros ou órgãos, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, em consequência de acidente pessoal coberto, durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da proposta de Contratação.

3.6.3.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada a invalidez permanente total quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora pagará o capital segurado em decorrência dos eventos a seguir:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés; ou
- h) Alienação mental total incurável.

3.6.3.3. Em caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, não caberá pagamento de indenização. Quando se tratar de lesões múltiplas, serão indenizados os casos em que o somatório dos graus de invalidez, determinados conforme Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente, seja igual ou superior a 100% (cem por cento).

3.6.3.4. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade.

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

3.6.3.6. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão que já não tinha sua capacidade plena antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

3.6.3.7. Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento da Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro será automaticamente cancelado.

3.6.3.8. A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

3.6.3.9. Excluem-se ainda da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, além dos demais riscos constantes no item 15 destas Condições Gerais os eventos decorrentes de:

- a) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; e**
- b) **As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.**

3.7. COBERTURAS ADICIONAIS

3.7.1. Despesas Médicas, Hospitalares Odontológicas (DMHO)

3.7.1.1. Garante o reembolso de Despesas Médicas, 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 ocorrido durante a sua participação no evento indicado na Apólice e/ou endosso, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

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

3.7.1.3. Possuindo o Estipulante mais de uma apólice na Seguradora ou em outra companhia, garantindo Despesas Médicas, 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.

3.7.1.4. Excluem-se ainda da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, além dos demais riscos constantes no item 15 destas Condições Gerais, as despesas decorrentes de:

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

As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, nos termos estabelecidos nas Condições Contratuais.

3.7.2. Diárias de Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente (DIT-AP)

3.7.2.1. Garante ao próprio Segurado o pagamento das diárias a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o evento indicado na apólice, de exercer forma contínua e ininterruptamente qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, de acordo com o valor da diária Segurada contratada, observado o limite máximo de diárias estabelecidos no Certificado e o período de franquia, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

3.7.2.2. A incapacidade é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

3.7.2.3. As Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-AP) são devidas a partir do primeiro dia após o término do período de franquia, observando o disposto no item 10 e observado o limite contratual máximo.

3.7.2.4. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas.

3.7.2.5. O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

3.7.2.6. A incapacidade decorrente de acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

3.7.2.7. Excluem-se ainda da cobertura de Diária de Incapacidade Temporária por Acidente, além dos demais riscos constantes no item 4vdestas Condições Gerais, as despesas decorrentes de:

- a) Eventos e Acidentes ocorridos fora das dependências do Estabelecimento coberto pelo seguro;
- b) Eventos e Acidentes ocorridos em evento não coberto pelo seguro;
- c) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- d) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- e) Convalescença e suas consequências;
- f) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal ocorridos no evento e/ou estabelecimento coberto e dentro do período de vigência do seguro;
- g) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, salvo quando decorrentes de acidentes ocorridos nas dependências do Estabelecimento ou Evento coberto pelo seguro;
- h) Lesões que não requerem atenção médica;
- i) Cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro; e
- j) Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto.

3.7.3. Funeral por Morte Acidental (Funeral-MA)

3.7.3.1. Garante o reembolso dos gastos funerários até o limite da cobertura contratada, caso venha a ocorrer a morte acidental do segurado decorrente de acidente coberto ocorrido durante o evento indicado na apólice, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas das Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

3.7.3.2. Excluem-se ainda da cobertura de Funeral por Morte Acidental, além dos demais riscos constantes no item 4 destas Condições Gerais, as despesas decorrentes de:

- a) Cremação do Corpo fora do município de residência habitual do segurado;
- b) Transporte ou repatriamento para cremação ou sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil.

3.7.3.3. Na hipótese de os valores excederem o limite de Capital Segurado contratado, a diferença será de responsabilidade dos familiares.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. O presente seguro não cobrirá eventos decorrentes direta ou indiretamente de:

- a) Os acidentes ocorridos em consequência:
- a.1) Do uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - a.2) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se a morte ou a incapacidade do Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - a.3) Direta ou indireta de quaisquer alterações mentais consequentes do uso de drogas (desde que não prescritas por médico habilitado), de álcool, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
 - a.4) De furacões, tufões, tornados, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - a.5) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto se a morte ou a incapacidade do Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - a.6) Da prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
 - a.7) Da falta de utilização de equipamentos de segurança indicados, de acordo com o tipo de evento, por parte de participantes ou organizadores/staff quando da participação/montagem/organização do evento;
 - a.8) De qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;
 - a.9) De epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
 - a.10) De competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- b) Danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documento hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido;
- c) Suicídio cometido no período de 2 (dois) anos a contar da vigência inicial do contrato, em conformidade com o disposto no artigo 798 do Código Civil Brasileiro;
- d) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto; e
- e) Mutilação voluntária.

5. CARÊNCIA

5.1. Não haverá carência para este seguro, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos, contados, ininterruptamente, da data de adesão ao seguro, conforme disposições do Código Civil vigente ou, ainda, da data do aumento do capital segurado (ocasião em que será considerado o capital segurado anterior ao aumento).

6. FRANQUIA

6.1. Para as coberturas de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Funeral por Morte Acidental (Funeral-MA) não haverá franquia.

6.2. Para as coberturas de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e Diárias de Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente (DIT-AP) quando houver, a franquia será determinada e descrita na Apólice e/ou endosso de seguro.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO

7.1. Estarão cobertos os sinistros ocorridos dentro das dependências do local de realização do evento, cuja localização será somente em território brasileiro.

8. ANÁLISE E ACEITAÇÃO DO RISCO

8.1. Estipulante

8.1.1. A contratação, alteração ou Renovação não automática do seguro deverá ser feita por meio de Proposta de Contratação escrita, assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou pelo seu corretor de seguros.

8.1.2. Na Proposta de Contratação deverá conter os elementos essenciais para análise, aceitação ou recusa do risco proposto conforme dispuser a legislação em vigor, bem como a informação sobre a existência de outros seguros cobrindo os mesmos interesses contra os mesmos riscos.

8.1.1. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, ao proponente, protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

8.1.2. Após o recebimento da Proposta, a Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para análise e aceitação do risco, contados da data de seu recebimento, seja para seguros novos, para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos

8.1.3. ou para alterações que impliquem modificação do risco originalmente aceito.

8.1.4. Caso a Seguradora necessite de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração solicitada pelo Estipulante, sendo este pessoa jurídica, a solicitação deverá ser devidamente justificada para melhor avaliação do risco proposto. Neste caso, o prazo para manifestação da Seguradora terá novo início a partir do primeiro dia útil subsequente à data da entrega integral da documentação solicitada.

8.1.5. No caso de o Estipulante ser pessoa física, a solicitação de documentos complementares deverá ser devidamente justificada para melhor avaliação do risco proposto. Nesta hipótese, o prazo para manifestação da Seguradora terá novo início a partir do primeiro dia útil subsequente à data da entrega integral da documentação solicitada.

8.1.6. A Seguradora comunicará ao Estipulante, seu representante ou ao seu corretor de seguros, expressamente, a aceitação ou recusa da Proposta, e no caso de recusa especificando seu(s) motivo(s).

8.1.7. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, nos prazos previstos no sub item 8.1.2 anterior, caracterizará a aceitação tácita do seguro.

8.1.8. É vedada a cobrança de prêmio total ou parcial, até que seja confirmada formalmente a aceitação da Proposta de Contratação.

8.1.9. A data de aceitação da proposta de Contratação será aquela que ocorrer primeiro entre:

- a) a data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;
- b) a data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou
- c) a data de término do prazo previsto no sub item 8.1.2. anterior.

8.1.10. A emissão da Apólice, ou do Endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data da aceitação da Proposta de Contratação, caso ocorra a emissão dentro do prazo estabelecido no sub item 8.1.2. anterior, substituirá a manifestação tácita da aceitação da proposta prevista no sub item 8.1.5.

8.2. Seguros Contributários

8.2.1. A contratação do seguro deverá ser feita por meio de Proposta de Adesão preenchida e assinada pelo Segurado, seu representante legal ou pelo seu corretor de seguros.

8.2.2. Na Proposta Adesão deverá conter os elementos essenciais para análise, aceitação ou recusa do risco proposto conforme dispuser a legislação em vigor.

8.2.3. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, ao Segurado, protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

8.2.4. Após o recebimento da Proposta de Adesão, a Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para análise e aceitação do risco, contados da data de seu recebimento, seja para seguros novos, para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos ou, ainda, para as Renovações.

8.2.5. No caso do Segurado ser pessoa física, a solicitação de documentos complementares deverá ser devidamente justificada para melhor avaliação do risco proposto. Nesta hipótese, o prazo para manifestação da Seguradora terá novo início a partir do primeiro dia útil subsequente à data da entrega integral da documentação solicitada.

8.2.6. No caso do Segurado ser pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares deverá ser devidamente justificada para melhor avaliação do risco proposto. Nesta hipótese, o prazo para manifestação da Seguradora terá novo início a partir do primeiro dia útil subsequente à data da entrega integral da documentação solicitada.

8.2.7. Nos casos em que a aceitação da proposta dependa da contratação de resseguro facultativo, o prazo para manifestação da Seguradora ficará suspenso até a formal manifestação do ressegurador. Nessa hipótese, será observada a legislação vigente quanto à cobrança de prêmio e à formação do contrato de seguro.

8.2.8. A Seguradora comunicará ao Segurado, seu representante ou ao seu corretor de seguros, por escrito, a aceitação recusa da Proposta de Contratação, e no caso de recusa especificando seu(s) motivo(s).

8.2.9. É vedada a cobrança de prêmio total ou parcial, até que seja confirmada formalmente a aceitação da Proposta de Contratação.

8.2.10. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, nos prazos previstos no subitem 8.2.4. anterior, caracterizará a aceitação tácita do seguro.

8.2.11. A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:

- a) a data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;
- b) data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou
- c) a data de término do prazo previsto no sub item 8.2.4. anterior.

8.2.12. A emissão do Certificado, ou do Endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data da aceitação da Proposta de Contratação, caso ocorra a emissão dentro do prazo estabelecido no sub item 8.2.4. anterior, substituirá a manifestação tácita da aceitação da proposta prevista no sub item 8.2.8.

8.3. Seguros Não Contributários

8.3.1. Nos seguros não contributários é facultado a Seguradora dispensar o preenchimento de proposta de adesão por parte dos proponentes bem como o envio de certificado individual.

9. EMISSÃO DA APÓLICE

A emissão e o envio e/ou disponibilização ao segurado, por meio físico ou remoto, da apólice, da apólice de averbação, do endosso e do certificado individual (quando couber) serão efetuados em até 15 (quinze) dias partir da data de aceitação da proposta.

10. ELEGIBILIDADE

Serão elegíveis a contratação do seguros todos os componentes pertencentes ao grupo segurável vinculados ao evento informados pelo Estipulante e descritos na Apólice conforme segue:

- a) Organizadores
- b) Staff
- c) Público
- d) Competidores
- e) Participantes;
- f) Demais profissionais envolvidos no evento.

11. OUTROS SEGUROS

11.1. O Estipulante deve declarar na Proposta de Contratação a existência de quaisquer outros Seguros de Acidentes Pessoais de Eventos por ocasião da contratação deste Seguro.

12. CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS

12.1. A contratação do seguro poderá ser realizada por meios remotos, quando disponibilizado pela Seguradora e na forma estabelecida pela legislação específica.

12.2. Apólice será emitida com base nas declarações prestadas, na Proposta de Contratação e devidamente assinada. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela Seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

12.3. Se os dados Apólice estiverem diferentes dos informados na Proposta de Contratação, deverá ser solicitado à Seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão da mesma, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto na Apólice emitida.

12.4. As exigências para aceitação dos proponentes serão estabelecidas contratualmente.

13. PRAZO DE ARREPENDIMENTO

13.1. O segurado Estipulante poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão da Apólice.

13.2. Caso o segurado Estipulante exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item 13.1 anterior, serão devolvidos, de imediato.

13.3. O segurado Estipulante poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

13.4. A sociedade seguradora, ou Estipulante de seguros, e o corretor de seguros habilitado, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.

13.5. A devolução será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela seguradora e expressamente aceitos pelo segurado.

14. VIGÊNCIA

14.1. O seguro tem vigência mínima de 1 (um) dia, e máxima de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias conforme descritos na apólice e/ou endosso, com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas dos dias ali designados, onde:

14.1.1. Para os organizadores, staff e participantes, às 24:00 (vinte e quatro) horas na data indicada na apólice e/ou endosso, para início dos preparativos do evento a ser segurado e término às 24:00 (vinte e quatro) horas após o término do evento conforme disposto na apólice.

14.1.2. Para o Público, Visitantes e Expectadores a cobertura do seguro se inicia automaticamente com entrada no local indicado para o evento e termina automaticamente com a saída do local do evento, conforme especificado na Apólice e/ou endosso.

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

14.3. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia da recepção da proposta pela Seguradora, desde que aceita pela mesma.

15. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

15.1. São obrigações do Estipulante:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

- b) Encaminhar a SEGURADORA a informação do respectivo evento com pelo menos 1 (um) dia de antecedência ao risco, informando local, data e quantidade esperada de organizadores, visitantes, expectadores e participantes (quando houver) para o evento;
- c) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados;
- d) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- e) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- f) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- g) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- h) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- i) Comunicar, de imediato, à 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;
- j) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- k) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- l) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- m) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante; e
- n) Comunicar formal e expressamente à Seguradora, logo que saiba, o segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização se ficar comprovado, pela sociedade seguradora, que silenciou de má-fé.
 - n1. Recebida a comunicação de agravamento relevante do risco, a Seguradora poderá, observada a legislação vigente, propor a cobrança da diferença de prêmio correspondente ao novo risco assumido:

15.2. É expressamente vedado ao Estipulante e ao subestipulante, nos seguros contributários:

- a) Cobrar dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados e pela Seguradora;
- b) Rescindir a apólice sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado. Esta disposição não se aplica

aos seguros em que o vínculo entre o Segurado e o Estipulante seja exclusivamente securitário, nesta situação o tratamento será feito direto com o segurado.

- c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;
- d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

15.2.1. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora, e sujeita o estipulante às cominações.

16. CAPITAL SEGUADO

16.1. O capital segurado será determinado pelo Estipulante e seu valor estará descrito na Proposta devendo cobrir todos os Segurados que participarem do evento segurado, desde que, constantes na Apólice e Proposta de Contratação, podendo ser alterado somente com prévia concordância entre a Seguradora e o Estipulante.

16.2. Para fins de indenização os valores de capitais Segurados serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos para cada cobertura vigente na data do evento, sob forma de parcela única, conforme segue:

16.2.1. Organizadores:

O Capital Segurado Individual será aquele Contratado pelo Estipulante para o grupo de Organizadores devidamente comprovados, respeitando-se os limites estabelecidos na Apólice e/ou endosso.

16.2.2. Staff

O Capital Segurado Individual será aquele contratado pelo Estipulante para o grupo de Staff, devidamente comprovados que participaram do evento, respeitando-se os limites estabelecidos na Apólice e/ou endosso.

16.2.3. Participantes

O Capital Segurado Individual será aquele Contratado pelo Estipulante para o grupo de participantes do evento devidamente comprovados, respeitando-se os limites estabelecidos na Apólice e/ou endosso.

16.2.4. Público/Visitantes/Expectadores

O Capital Segurado Individual será aquele Contratado pelo Estipulante para o público/visitantes/expectadores devidamente comprovados que participaram do evento, respeitando-se os limites estabelecidos na Apólice e/ou endosso.

16.3. Em caso de acidente ocorrido durante evento em que se verifique excesso de lotação, ou nº de segurados superior ao informado na proposta de contratação, a indenização que seria devida a cada um dos segurados acidentados, será reduzida na proporção da lotação segurada para a que existia no estabelecimento na ocasião do acidente.

16.4. A Seguradora, em hipótese alguma, responderá por qualquer indenização superior à apurada na forma prevista neste item ficando o Estipulante como único responsável pelas diferenças que venha a pagar, amigavelmente ou cumprindo sentença judicial, aos segurados acidentados ou aos seus beneficiários.

16.5. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros a data do acidente.

17. DESPESAS DE CONTENÇÃO E SALVAMENTO

17.1. A Seguradora reembolsará as despesas comprovadamente incorridas pelo Segurado ou por Terceiros, com medidas necessárias, emergenciais e imediatas de contenção ou de salvamento, que tenham o objetivo de evitar o sinistro iminente ou atenuar os efeitos de um Sinistro coberto.

17.2. A obrigação de indenizar tais despesas subsistirá mesmo que as medidas de contenção ou salvamento adotadas, desde que adequadas e proporcionais, se mostrem ineficazes para evitar ou atenuar o sinistro.

17.3. Serão reembolsáveis os valores comprovadamente despendidos, de até 1% (um por cento) do valor total dos Capitais Segurados das coberturas contratadas, limitado a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) apuradamente aplicáveis no momento da comunicação da expectativa de sinistro à seguradora até a concretização do sinistro ou do término de sua iminência.

17.4. A seguradora não estará obrigada a custear:

- a) Despesas de contenção ou salvamento relativas à prevenção ordinária, incluindo qualquer tipo de manutenção, as quais são de responsabilidade exclusiva do Segurado.
- b) Despesas com medidas notoriamente inadequadas ou desproporcionais ao risco, considerando a garantia contratada para o tipo de sinistro iminente ou verificado.

17.5. A Seguradora somente suportará despesas incorridas pelo Segurado, ou por Terceiros, que venham a exceder o limite disposto no subitem 17.3 quando essas despesas se referirem diretamente a medidas expressamente recomendadas ao Segurado pela Seguradora e comprovadamente cumpridas pelo Segurado ou Terceiro.

17.6. Considera-se medidas expressamente recomendadas pela Seguradora aquelas que tenham sido direta e expressamente informadas ao Segurado sob tal título pela Seguradora, não se reconhecendo como medidas recomendadas qualquer informação, notícia ou mesmo sugestão de possibilidades.

18. ALTERAÇÃO DO CONTRATO, DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGUADO

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

18.2. O capital segurado será estabelecido na Proposta de Contratação e constará na Especificação da Apólice e/ou endosso, podendo ser alterado a qualquer momento, a pedido do Estipulante, mediante o preenchimento de nova Proposta de Contratação, **desde que expressamente aceito pela Seguradora.**

18.3. Qualquer alteração de prêmio decorrente de alteração de capital segurado, número de participantes, local, duração ou características do evento dependerá de prévia análise e expressa aceitação da Seguradora.

19. RENOVAÇÃO

Este seguro não prevê renovação para as apólices contratadas.

20. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro quando:

- a) A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes;
- b) Ao fim do prazo de vigência da apólice;
- c) Com a morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado;
- d) Por solicitação do Estipulante, mediante comunicação por escrito;
- e) Automaticamente se o Estipulante, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante a vigência do contrato;
- f) Pela inobservância das obrigações convencionadas no seguro, por parte do Segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do Prêmio do seguro;
- g) Automaticamente se forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas por parte do Estipulante, Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, que tenham influenciado na sua aceitação ou ainda na obtenção ou na majoração da indenização; e

- h) Por falta de pagamento das parcelas, de acordo com os critérios estabelecidos no item 19 "PAGAMENTO DO PRÊMIO".

21. CUSTEIO DO SEGURO

Para fins deste Seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente, levando em consideração as seguintes possibilidades:

- a) Não contributário: aquele em que os Segurados não pagam prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio exclusivamente ao Estipulante;
- b) Parcialmente Contributário: Aquele em que os Segurados pagam uma parte do prêmio e o Estipulante paga a outra parte;
- c) Contributário: Aquele em que os Segurados pagam prêmio integralmente.

22. PAGAMENTO DO PRÊMIO

22.1. O pagamento do prêmio por evento ocorrerá de forma única, mensal ou anual, antes do início de vigência do seguro de acordo com a opção do Estipulante, conforme definido na Apólice.

22.2. Sob sua exclusiva responsabilidade perante o Segurado, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante/Subestipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável pelo seu repasse à Seguradora, conforme disposto no Contrato de Seguro e ratificado na Apólice.

22.3. A Seguradora disponibilizará o(s) documento(s) de cobrança diretamente ao Segurado ou seu representante ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao Corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

22.4. O não repasse ou pagamento dos prêmios à Seguradora, antes do início de vigência do seguro, implicará na não existência da cobertura securitária.

22.5. Quando houver recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante/Subestipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio, discriminado por cobertura contratada.

22.6. O pagamento do prêmio ocorrerá de forma única, mensal ou anual, antes do início de vigência do seguro de acordo com a opção do Estipulante, conforme definido na Apólice.

22.7. O prêmio do seguro será calculado considerando-se o capital segurado, as coberturas contratadas, e outros critérios eventualmente estabelecidos na Proposta de Contratação.

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

22.9. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio for realizado à Seguradora, o que deve ser feito, no máximo, até a data de início do evento, estipulada na apólice, data limite que constará no respectivo documento de cobrança.

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

22.10.1. A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia da emissão da Apólice e/ou certificado de Seguro, e será contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.

22.10.2. O pagamento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado por meio de boleto bancário, débito em conta, fatura de cartão de crédito e PIX, de acordo com a forma de cobrança disponibilizada na Apólice e/ou Certificado.

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

23. CANCELAMENTO E SUSPENSÃO DA COBERTURA

23.1. A falta do pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela, até a data do vencimento, implicará o cancelamento do Seguro independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

23.1.1. No caso de pagamento mensal, configurada a falta de pagamento do prêmio na data indicada para o seu vencimento, independente do pagamento de parcelas subsequentes ou não, implicará na Suspensão Automática da Cobertura, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

23.1.2. O Configurada a inadimplência de parcela posterior à primeira, a Seguradora notificará o segurado ou estipulante, concedendo prazo não inferior a 15 (quinze) dias para regularização do pagamento.

23.1.3. Decorrido o prazo acima sem regularização, a cobertura poderá ser suspensa e posteriormente cancelada, observados os procedimentos e prazos previstos na legislação vigente.

23.1.4. A suspensão e o cancelamento serão comunicados ao segurado e/ou estipulante pelos meios legalmente admitidos.

23.1.5. A reabilitação da Apólice e/ou Certificado de Seguro se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante de seguros retomar o pagamento do prêmio, respondendo a sociedade seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipado, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, na forma estabelecida nas condições gerais.

23.2. Nos casos da cobrança do prêmio por meio cartão de crédito, será responsabilidade do segurado manter os dados atualizados para lançamento da parcela para que não ocorra prejuízos à cobertura do seguro em caso de cancelamento ou validade expirada do cartão.

23.3. O Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

23.4. Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o financiamento.

23.5. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista, ou de qualquer uma de suas parcelas sem que o pagamento tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, desde que o respectivo prêmio seja quitado até data do vencimento.

23.6. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o Prêmio do Seguro recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido de acordo com a tabela de prazo curto a seguir:

Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso	Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso
13%	15/365	73%	195/365
20%	30/365	75%	210/365
27%	45/365	78%	225/365
30%	60/365	80%	240/365
37%	75/365	83%	255/365
40%	90/365	85%	270/365
46%	105/365	88%	285/365
50%	120/365	90%	300/365
56%	135/365	93%	315/365

Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso	Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso
60%	150/365	95%	330/365
66%	165/365	98%	345/365
70%	180/365	100%	365/365

23.6.1. Para percentuais não previstos na tabela, será aplicado o percentual imediatamente superior.

24. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

24.1. AVISO DE SINISTRO

24.1.1. Ocorrido o sinistro, este deverá ser comunicado de imediato para a Seguradora por meio dos canais de comunicação existentes: Central de Atendimento através do número 0800 880 1900, site Sabemi, no endereço www.sabemi.com.br/comunicar-sinistro ou através de correio.

24.1.2. Será considerada como data da comunicação a data do protocolo de entrega e recebimento pela Seguradora. Se feita através de correio, igualmente será considerada a data constante do aviso de recebimento assinado pela Seguradora.

24.1.3. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura do sinistro, sob pena de decair do direito de recusá-la, contando-se esse prazo da data de apresentação do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhado de todos os elementos necessários para análise à decisão a respeito da existência de cobertura.

24.1.4. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do segurado(s), do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

24.1.5. Eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.

25. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTROS

25.1. Documentos necessários para a abertura do processo de sinistro.

25.1.1. Documentos Básicos para todas as coberturas:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido pelo Segurado, sendo a parte médica devidamente preenchida e assinada, com CRM, pelo médico com quem o Segurado faz tratamento;
- b) Documento de identidade oficial com foto (RG, RNE ou CNH) e CPF do segurado;
- c) Comprovante de residência atualizado;
- d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), caso o sinistro decorra de acidente envolvendo veículo conduzido pelo segurado;
- e) Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal; e
- f) Comprovante dos Dados bancários do(s) beneficiário(s), para fins de pagamento da indenização;
- g) Cópia da Apólice e Certificado de seguro (se emitido);
- h) Cópia do comprovante de participação no evento (ingresso, contrato de prestação de serviços, inscrição, etc...);

25.1.2. Além dos documentos citados no subitem 23.1.1 anterior para a comprovação do evento deverão ser entregues adicionalmente os seguintes documentos referente aos eventos reclamados:**Morte Acidental e Funeral por Morte Acidental**

- a) Certidão de óbito;
- b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), caso o sinistro decorra de acidente envolvendo veículo conduzido pelo segurado;
- c) Boletim de Ocorrência policial;
- d) Laudo Necroscópico elaborado pelo IML.

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente Total por Acidente

- a) Boletim de Ocorrência policial (ou CAT, se acidente dentro da empresa);
- b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), caso o sinistro decorra de acidente envolvendo veículo conduzido pelo segurado;
- c) Laudo de Exame de Corpo de Delito realizado pelo Segurado;
- d) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o Segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- e) 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;
- f) Resultados de exames médicos realizados pelo Segurado por ocasião do acidente;
- g) Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela, quando se tratar de alienação mental.
- h) Certidão de óbito;

Diárias de Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente (DIT-AP)

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- b) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;
- c) Boletim de Ocorrência Policial (B.O.), se houver;
- d) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho, se houver;
- e) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML); Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- f) Declaração do hospital constando nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição dos procedimentos, tratamentos ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- g) Relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
- h) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;
- i) Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar; o) Exames médicos que estejam relacionados com o evento.

25.1.3. Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido no subitem 22.1. anterior, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por uma única vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for integralmente atendida a solicitação.

25.1.4. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

25.1.5. O relatório de regulação e liquidação do sinistro constitui documento comum às partes.

25.1.5.1. Em caso de negativa total ou parcial da cobertura, a Seguradora disponibilizará ao interessado os documentos que fundamentaram sua decisão, observadas as hipóteses legais de sigilo.

26. ANÁLISE DO SINISTRO

26.1. A execução dos procedimentos de regulação e liquidação de sinistro não importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento do valor do seguro por parte da seguradora.

26.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s) correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela.

26.3. Em caso de recusa de cobertura deve ser expressa e motivada, não podendo a Seguradora inovar posteriormente o fundamento, salvo quando, depois da recusa, vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.

27. PERÍCIA / JUNTA MÉDICA

27.1. O segurado, ao contratar o seguro, autoriza a perícia médica e técnica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar e/ou hospitalar e requerer e proceder exames, inclusive clínicos e cirúrgicos. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, a análise do sinistro e o relatório final, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

27.2. A junta médica deverá ser realizada somente quando houver divergências sobre o caráter do evento, entre o médico assistente do segurado e o médico perito da seguradora.

27.3. No caso de divergências e/ou dúvidas de natureza médica relacionados ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Contratuais, será proposta pela Seguradora, 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.

27.4. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

27.5. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

27.7. Não serão aceitos como peritos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, seus parentes consanguíneos ou afins, ainda que habilitados a exercer a prática da Medicina.

27.8. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

28. PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

28.1. O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única do capital segurado na data do evento calculado a valor presente.

28.2. Qualquer indenização por este seguro somente será devida se o Sinistro for caracterizado como risco coberto por estas condições gerais e nas condições especiais da cobertura contratada estando limitado ao Capital Segurado descrito na apólice e/ou certificado.

28.3. Sendo reconhecida a cobertura, a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização.

28.4. Em caso de mora da seguradora no pagamento da indenização, sujeitam-se à atualização monetária descrita no subitem 20.5. desde a data em que a indenização ou o Capital Segurado deveriam ter sido pagos.

28.5. Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e penais cabíveis.

28.5.1. As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

29. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

29.1. As indenizações por Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não se acumulam. Se depois de pagar uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) ou Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte Acidental (MA), deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) ou por Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte Acidental (MA).

30. BENEFICIÁRIOS

30.1. A indenização será paga conforme dispuser a legislação em vigor na data do evento para a cobertura de Morte Acidental (MA).

30.2. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e Diárias de Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente (DIT-AP) o próprio Segurado será o Beneficiário.

30.3. Para a cobertura de Funeral por Morte Acidental (FUNERAL MA) o Beneficiário será o responsável pelo pagamento das despesas com o funeral mediante a comprovação das despesas.

31. PERDA DE DIREITOS

31.1. Se o Estipulante, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o Estipulante obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

31.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Estipulante, a sociedade seguradora deverá:

i. na hipótese de não ocorrência de sinistro:

- a) cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

ii. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou
- b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

iii. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado:

- a) Após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença do prêmio cabível.

32. REINTEGRAÇÃO DE COBERTURA

A Seguradora procederá a reintegração automática das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) após cada sinistro indenizado, não havendo cobrança de prêmio adicional.

33. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA

33.1. O índice escolhido para atualização monetária das obrigações é o IPC-A/IBGE – Índice Preço ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

33.2. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata os itens 23.1 será feita pelo índice de IGPM-M/IBGE – Índice Geral de Preços Mercado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

33.2.1. Os valores devidos a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 25.1 desta cláusula, a partir da data em que se tornarem exigíveis:

- a) No caso de Cancelamento do Contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora; e
- b) No caso de Recebimento Indevido de Prêmio: a partir da data de recebimento do respectivo prêmio.

33.3. Caso haja atraso no pagamento do capital segurado relativa ao evento coberto, a importância devida pela seguradora será atualizada com base na variação positiva do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, desde a data do evento até a data do efetivo pagamento feito pela seguradora, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e de juros de mora equivalentes à taxa que estiver em vigor para mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional, contados a partir do 1º (primeiro) dia posterior ao término do prazo máximo para pagamento da indenização..

33.4. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

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

34. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

35.1. A Seguradora não se obriga por qualquer condição constante ou que venha a constar de estatutos, regulamentos ou instrumentos outros do Estipulante, que contrarie ou modifique quaisquer condições estabelecidas na Apólice e/ou endosso, a não ser que tenha a Seguradora prévia e expressamente concordado em sujeitar-se a tal condição.

35.2. A propaganda e a divulgação do Seguro, por parte do Estipulante ou corretor de Seguros, somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, bem como os dispositivos contidos na Apólice e a legislação normativa deste Seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações por ela autorizadas.

36. PRESCRIÇÃO

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

37. FORO

O foro para dirimir litígios, por motivo decorrente do presente seguro contrato, será o domicílio do Segurado.

Porto Alegre, 15 de setembro de 2026.

Rodrigo Pecoraro

Rodrigo de Castro Fernandes Pecoraro
Diretor designado como responsável pelas
relações com a SUSEP, nos termos do art. 1º, I, da
Circular SUSEP nº 234/2003

Eliana Schwingel Diederichs

Eliana Schwingel Diederichs
Diretora Executiva de Planejamento Estratégico e
Compliance