

CONDIÇÕES GERAIS

SABEMI SEGURADORA S.A.

SEGURO DE PESSOAS DE NÃO
COMPARECIMENTO A EVENTOS

BILHETE

(1381)

CG20231031TM

Janeiro 2024

Sumário

1. DISPOSIÇÕES INICIAIS	3
2. OBJETIVO DO SEGURO	3
3. DEFINIÇÕES	3
4. COBERTURAS	7
5. RISCOS EXCLUÍDOS	8
6. CARÊNCIA	9
7. FRANQUIA	9
8. ÂMBITO GEOGRÁFICO	9
9. DA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE	9
10. CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS	10
11. INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	10
12. RENOVAÇÃO	10
13. BENEFICIÁRIOS	11
14. CAPITAL SEGURADO	11
15. PRÊMIO DO SEGURO	11
16. O CANCELAMENTO DO SEGURO	11
17. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS	12
18. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS	12
19. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	13
19. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO	14
20. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO	15
21. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	15
22. PRESCRIÇÃO	16
23. FORO	16
CONDIÇÕES ESPECIAIS	17
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	17
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE	19
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA E TOTAL TEMPORÁRIA DO SEGURADO POR LICENÇA MÉDICA	23
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE QUEBRA DE OSSOS	26

1. DISPOSIÇÕES INICIAIS

1.1. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

1.2. O segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

2. OBJETIVO DO SEGURO

O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado , pessoa física ou seus beneficiários, exclusivamente o reembolso do valor total do ingresso por ele adquirido para o EVENTO INDICADO, em decorrência da impossibilidade do seu comparecimento ao EVENTO INDICADO, de acordo com a(s) cobertura(s) e limitado ao valor do capital Segurado contratado pelo Segurado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, durante o período de vigência do seguro e mediante o pagamento do prêmio correspondente, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que os motivos para o não comparecimento se manifestem ou sejam constatados após a compra do ingresso e da contratação do seguro e respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e nas disposições legais aplicáveis.

3. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

Incluem-se nesse conceito:

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

Excluem-se desse conceito:

- a) As doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como:
 - Lesões por Esforços Repetitivos – LER;
 - Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT;
 - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC; ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico–científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,
- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem anterior.

Acidente Vascular Cerebral: É definido como qualquer acidente cerebrovascular com sequelas neurológicas e com uma duração superior a 24 (vinte e quatro) horas, que inclui a morte do tecido cerebral decorrente de fluxo sanguíneo deficiente por hemorragia, isquemia ou embolia proveniente de uma fonte extracranial.

Agravamento de risco: A ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance de ocorrência de sinistro.

Ato doloso: Ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

Ato ilícito: Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Aviso de sinistro: É a comunicação formal da ocorrência de um evento (sinistro) que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento. É a comunicação oficial à Seguradora na ocorrência do sinistro, sua natureza e gravidade.

Beneficiários: São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber o Capital Segurado na hipótese de sinistro com o Segurado.

Bilhete de Seguro: É o documento emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento da proposta, nos termos da legislação específica.

Boa-Fé: Um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio o obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do Contrato e na determinação dos compromissos assumidos.

Capital Segurado: É o valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.

Carência: É o período de tempo ininterrupto, cotado a partir da data de início de vigência do Seguro, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou seus beneficiários não terão direito à integridade da cobertura contratual, sendo inexistente em caso de acidente pessoal.

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

Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes nas Condições Gerais, das Condições Especiais e do Bilhete de Seguro.

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 da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

Contrato de Seguro: É constituído pelos documentos de aceitação que formalizam o contrato e estabelecem o direito a indenização de seguro, nos termos das condições contratuais.

Corretor de seguros: Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover Contratos de Seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

Diária Segurada: É a importância a ser paga ao Segurado em função do valor estabelecido para a cobertura adicional de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), vigente na data do evento.

Doença: É o evento decorrente de perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, **não se enquadrando em classificação de acidente pessoal.**

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: É a intenção de praticar um mal que é considerado crime, seja por ação ou por omissão, ou ainda, vício de consentimento caracterizado na intenção de prejudicar ou fraudar outrem.

Evento coberto: Acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante a vigência e que acarreta obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) beneficiário(s).

Familiar Próximo: Cônjuge, filhos, pai, mãe, irmãos, tios, sogro e sogra.

Franquia: É o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização ou reembolso, contado a partir da caracterização do sinistro coberto.

Formulário de Aviso de Sinistro: É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

Indenização: É o valor a ser pago pela Seguradora ao Segurado ou aos seus Beneficiários na ocorrência do sinistro coberto, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

Início de Vigência: É a data a partir da qual a cobertura proposta será garantida pela Seguradora.

Liquidação do Sinistro: É o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou aos seus Beneficiários após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.

Má-fé: Agir de modo contrário a lei ou ao direito de forma proposital com a finalidade de lesar direito de terceiro.

Médico Assistente: Profissional legalmente licenciado para a prática de medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que estejam emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc). **Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

Período de Cobertura: Período em que o Segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados, em caso de sinistro coberto pelo Seguro.

Período Indenizável: É o período máximo, definido nas Condições Contratuais, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado fará jus ao recebimento das Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), se contratada.

Prêmio do Seguro: É o valor a ser pago pelo Segurado à Seguradora, destinado ao custeio do Seguro, para que esta assuma a responsabilidade pelas coberturas contratadas.

Proponente: Pessoa física interessada em contratar cobertura(s) de seguro.

Regime Financeiro de Repartição Simples: É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados nesse mesmo período.

Regulação de Sinistros: Conjunto de procedimentos para a apuração das causas e circunstâncias que ocasionaram o sinistro que tem por objetivo validar a caracterização do risco.

Reintegração do Capital Segurado: É a recomposição do Capital Segurado após a liquidação do sinistro.

Representante de Seguros: Pessoa jurídica que assumir a obrigação de promover, ofertar ou distribuir produtos de seguros, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, à conta e em nome de sociedade seguradora, sem prejuízo de realização de outras atividades

Resilição do contrato: É a anulação de contrato, sem efeito retroativo, que se dá por meio de acordo firmado entre os interessados, podendo ser por ato unilateral de uma das partes.

Risco coberto: É o risco previsto no Bilhete de Seguro que caracterizará a indenização e/ou reembolso.

Riscos excluídos: São aqueles riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

Segurado: É a pessoa física efetivamente aceita pela Seguradora e incluída no Seguro.

Seguradora: É a SABEMI Seguradora S/A, sociedade legalmente constituída e devidamente autorizada pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP a comercializar Seguros no país, que, mediante o recebimento do respectivo Prêmio do Seguro garante os riscos previstos no contrato, nos termos destas Condições Gerais.

Seguro: É o contato pelo qual uma das partes fica obrigada, mediante cobrança de prêmio, a indenizar outra pela ocorrência e determinados eventos ou por prejuízos eventuais.

Sinistro: Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de Seguro.

4. COBERTURAS

4.1. As coberturas deste Seguro dividem-se em básicas e adicionais, sendo obrigatório a contratação de pelo menos uma cobertura básica:

4.1.1. Coberturas Básicas:

- a) Morte Acidental.

4.1.2. Coberturas Adicionais:

- a) Internação Hospitalar do Segurado por acidente;
- b) Incapacidade Física e Total Temporária do Segurado por Licença Médica;
- c) Quebra de Ossos

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência direta ou indiretamente:

- a) Utilização do ticket vinculado a seguro;
- b) Doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro. Em relação as doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresse acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta. Nesta hipótese, o certificado individual discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura;
- c) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- d) 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, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- e) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) De doenças ou lesões preexistentes à contratação do Seguro e de conhecimento do Segurado, não declaradas na proposta de contratação ou na entrevista (por telefone ou vídeo chamada) para avaliação das condições de saúde do segurado;
- g) Da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s), ou do representante legal de um ou de outro, de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- h) Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro, ou de sua recondução depois de suspensão;
- i) Epidemias, Endemias e Pandemias, declaradas por órgão competente;
- j) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;

- k) Ato terrorista, cabendo a Seguradora comprovar com toda a documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independente do seu propósito, desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentado à ordem pública por autoridade competente;
- l) Intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, exceto quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico).
- m) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de transportes mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- n) De competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- o) De cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos na vigência do seguro;

6. CARÊNCIA

6.1. Quando houver a mesma será indicada nas Condições Especiais da cobertura e expressas no Bilhete de Seguro respeitando um prazo máximo de 15 (quinze) dias ou 30% do valor da indenização.

6.2. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, **exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa, que deverá ser respeitada uma carência de 24 (vinte e quatro) meses**, contatos a partir do início de vigência da cobertura individual.

7. FRANQUIA

Quando houver, o período de franquia será indicado nas Condições Especiais da Cobertura e expressas no Bilhete de Seguro.

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO

A abrangências das coberturas previstas nestas Condições Gerais se aplicam para eventos cobertos ocorridos em todo o Globo terrestre, sendo que a indenização será paga no Brasil em moeda nacional.

9. DA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE

9.1. Somente poderão ser aceitas no seguro as pessoas físicas que na data da contratação do seguro tenham idade dentro dos limites e demais critérios estabelecidos pela Seguradora.

9.2. O pagamento do prêmio total do Bilhete de Seguro formaliza a contratação do seguro.

10. CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS

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

10.2. O Bilhete de Seguro, será emitido baseado nas informações prestadas pelo proponente, seu representante legal ou pelo seu corretor de seguros.

10.3. Se os dados do Bilhete de Seguro estiverem diferentes dos informados na 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 no Bilhete de Seguro emitida.

10.4. Nos Seguros contratados através de Meios Remotos e/ou por Representante de Seguros, o Segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da data da emissão do Bilhete de Seguro.

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

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

10.4.3. A Seguradora, ou seus Representantes de Seguro, e o Corretor de Seguros habilitado, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.

10.4.4. 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.

11. INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

11.1. O seguro tem vigência mínima de 01 (um) dia e máxima de 12 (doze) meses, a partir de pagamento do prêmio.

11.2. Os Bilhetes terão seu início de vigência a partir da data da contratação individual do seguro para o evento e fim na hora do início do evento informados no Bilhete.

12. RENOVAÇÃO

Neste seguro não haverá renovação.

13. BENEFICIÁRIOS

13.1. Para a cobertura de Morte Acidental do Segurado o(s) Beneficiários poderão ser livremente indicados ressalvadas as restrições legais, para os demais eventos e coberturas o beneficiário será o próprio Segurado.

13.1.1. Não havendo Beneficiário indicado, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.

13.2. Para as coberturas de Internação Hospitalar do Segurado Decorrente de Acidente por Licença Médica, Incapacidade Física Total, Temporária Decorrente de Acidente do Segurado e Quebra de Ossos, o beneficiário será o próprio segurado.

14. CAPITAL SEGURADO

14.1. O Capital Segurado da cobertura, corresponde ao valor da compra do ingresso especificado no Bilhete de Seguro e respectivas taxas administrativas.

14.2. O valor do Capital Segurado contratado não poderá ser alterado em época alguma.

15. PRÊMIO DO SEGURO

15.1. A forma de pagamento do Bilhete será no formato único.

15.2. Qualquer indenização somente passa a ser devida após o pagamento do prêmio correspondente ao período de cobertura, no máximo até a data limite prevista para esse fim.

15.3. Caso a data limite para o pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

15.3.1. O recolhimento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado por meio de boleto bancário, débito em conta ou fatura de cartão de crédito ou outro meio, de acordo com as formas de cobrança previstas no Bilhete.

15.4. Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate do Prêmio do Seguro.

15.5. Caso não haja o pagamento do prêmio na data das Condições Contratuais, a contratação do Seguro não estará concretizada, não existindo qualquer tipo de cobertura securitária, em momento algum.

16. O CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1. O não pagamento do prêmio por parte do Segurado no prazo estipulado no Bilhete de Seguro acarretará o cancelamento automático do seguro.

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

16.3. No caso de rescisão total 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.

17. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

O valor do Capital Segurado e dos Prêmios do Seguro não sofrerão atualização monetária, tendo em vista que não está prevista a renovação para este seguro.

18. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS

18.1. Os valores porventura devidos a título de devolução de prêmio pela Seguradora, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva acumulada do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/IBGE, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

18.1.1. No caso de cancelamento do Bilhete, os valores porventura devidos, serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

18.1.2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores de que trata este item serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

18.2. Os valores das obrigações pecuniárias da Seguradora, em relação à liquidação do sinistro, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva acumulada do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/IBGE, acrescido de juros moratórios à taxa de 12% (doze por cento) ao ano, na hipótese de não cumprimento do prazo previsto no item 19.3 para o pagamento da respectiva obrigação, observando-se que:

18.2.1. A atualização monetária será calculada com base no último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro.

18.2.2. Os juros moratórios serão devidos a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item 19.3.

18.3. No caso de extinção do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/IBGE, deverá ser utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IPCA/IBGE, ou, no caso da extinção deste, o seu substituto, devidamente previsto em Lei.

18.4. As atualizações definidas nos itens 18.1 e 18.2, serão efetuadas 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.

19. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

19.1. Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA por meio dos canais existentes de comunicação: Central de Atendimento através do número 0800 880 1900, site Sabemi, no endereço www.sabemi.com.br/comunicar-sinistro ou através de correio.

19.2. Em seguida deverá ser encaminhada a documentação necessária relacionada nas Condições Especiais de acordo com a cobertura do seguro, juntamente com o formulário Aviso de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado e/ou Beneficiário. Esses documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.

19.3. Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta dias), contados da apresentação do último documento dentre aqueles solicitados pela seguradora, definidos nas Condições Especiais, no item “Documentos para Regulação dos Sinistros”.

19.3.1. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nestas Condições Gerais, no item “Documentos para Regulação dos Sinistros”, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 19.3 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

19.3.2. Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 19.3 e 19.3.1, a Seguradora pagará multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 12% (doze por cento) ao ano, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/IBGE, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IPCA/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

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

19.4. Perícia da Seguradora

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

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

19.4.3. 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.

19.5. Junta Médica

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

19.5.1.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

20. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

20.1. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa ao final de vigência da cobertura individual informada no Bilhete de Seguro, quando do cancelamento do Seguro ou quando do pagamento da indenização do seguro.

20.2. Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro também nas seguintes situações:

- a) Por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito;
- b) Automaticamente se o Segurado, 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;
- c) Automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado e/ou corretor de seguro no ato da contratação e/ou durante a vigência do seguro.

21. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

21.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado:

- a) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- b) Fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências;
- c) Dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- d) Inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato; e
- e) Não fornecimento da documentação solicitada.

21.1.1. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

21.1.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea “a” do subitem 20.1 não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade Seguradora poderá:

- a) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
 - a1. Cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;
 - a2. 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:
 - b1. 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
 - b2. 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.

22. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

22.1. A Seguradora não se obriga por qualquer condição constante ou que venha a constar de estatutos, regulamentos ou instrumentos outros, que contrarie ou modifique quaisquer condições estabelecidas no Bilhete, a não ser que tenha a Seguradora prévia e expressamente concordado em sujeitar-se a tal condição.

22.2. 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, as Condições Especiais 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.

23. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

24. FORO

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) do Segurado o reembolso do valor pago pelo segurado na compra do ingresso para participação em um evento devidamente expresso no Bilhete de Seguro, conforme estabelecido no item 14, Capital Segurado, das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado, seu Cônjuge, Companheiro(a), filhos, mãe, pai ou irmãos(ãs) causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto pelo Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete de Seguro.

2. DEFINIÇÕES

As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 3 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura, além dos eventos descritos no item 5 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, os eventos relacionados ou ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) De qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, 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;
- b) De tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- c) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- d) 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, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- e) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) De doenças ou acidentes preexistentes à contratação do seguro não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;
- g) Da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de um ou de outro de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;

- h) Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- i) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de transportes mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) De competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- k) De cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos na vigência do seguro;
- l) De lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoa coberto;
- m) De internações decorrentes de doenças cerebrovasculares, ainda que possam ser identificadas pela expressão “acidentes vasculares cerebrais”;
- n) De perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico;
- o) Epidemias, endemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- p) De choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto;
- q) Do parto ou aborto e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto; e
- r) De hérnias de quais quer naturezas e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. O Capital Segurado da cobertura, corresponde ao valor do ingresso especificado no Bilhete de Seguro e respectivas taxas administrativas.

4.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

5. ELEGIBILIDADE DA COBERTURA

São Elegíveis a esta cobertura todos os seguradores que aderirem ao seguro cujo ingresso do evento indicado no Bilhete de Seguro não tenha sido utilizado em decorrência de evento coberto pelo seguro.

6. SINISTROS

6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 19. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo comunicante (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- b) Ingresso do evento segurado sem utilização;
- c) Declaração do organizador do evento que o ingresso comprado pelo segurado não foi utilizado;
- d) Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência do Segurado e do(s) beneficiário(s);
- e) Cópia do Bilhete de Seguro;
- f) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente automobilístico quando o Segurado for o condutor na ocasião do acidente;
- g) Autorização de pagamento de sinistro;
- h) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome de cada beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta;
- i) Certidão de Óbito da pessoa que gerou o evento coberto (Segurado, seu Cônjuge, Companheiro(a), filhos, mãe, pai ou irmãos(ãs));
- j) Documentos comprobatórios do vínculo familiar com o segurado, como mas não se limitando a Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;
- k) Boletim de Ocorrência Policial (B.O.) se houver.

6.2. A documentação descrita em 6.1. anterior é básica, sendo facultado a seguradora a solicitação de documentação complementar para finalização da análise do sinistro.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Garante ao Segurado o reembolso do valor pago na compra do ingresso para participação em um evento devidamente expresso no Bilhete de Seguro, conforme estabelecido no item 14, Capital Segurado, das Condições Gerais, em caso de Internação Hospitalar do Segurado decorrente de acidente, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete de Seguro.

A indenização prevista nesta cobertura será devida após decorrido o prazo de Carência indicado no Bilhete de Seguro, se houver.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições aplicadas para a presente cobertura indicadas na Cláusula 3 – DEFINIÇÕES das condições gerais, consideram definições importantes para esta cobertura:

2.1.1. **Hospital:** É qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

- a) Qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
- b) Instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
- c) Clínicas de repouso, asilos e assemelhados e/ou locais de acomodação para idosos;
- d) Clínicas e/ou locais de tratamento para recuperação de viciados em álcool, drogas e/ou entorpecentes;
- e) Instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
- f) Casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
- g) Clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou “SPAs”;
- h) “Home care” (internação domiciliar).

2.1.2. **Hospitalização:** É a permanência em hospital por período mínimo de 72 (setenta e duas) horas em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação, qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência.

2.1.3. **Período de Hospitalização Indenizável:** É o período de pernoites que o Segurado permanecer hospitalizado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura, além dos eventos descritos no item 5 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, os eventos relacionados ou ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de Acidente Pessoal coberto;

- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo- musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nesta cláusula.
- e) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, incluindo a gripe aviária, a meningite, a febre aftosa, bem como aquelas causadas por picadas de insetos, tais como a malária, a dengue, zika vírus, a febre chikungunya, dentre outras, não se limitando a elas;
- f) Doenças decorrentes de sequestros e suas tentativas, a doença identificada como Acidente Vascular Cerebral – AVC, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente pessoal coberto;
- g) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
- h) Gravidez tópica ou ectópica, exceto parto ou aborto quando forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal;
- i) Procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e, bem como suas consequências;
- j) Internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
- k) Cirurgia para correção de fimose;
- l) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- m) Tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- n) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- o) Cirurgias plásticas (estéticas ou não);
- p) Tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- q) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
- r) Doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. O Capital Segurados da cobertura, corresponde ao valor do ingresso especificado no Bilhete de Seguro e respectivas taxas administrativas.

4.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

4.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da internação hospitalar do Segurado.

4.4. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5. FRANQUIA

Quando houver, o período de franquia, para esta cobertura, será indicado no Bilhete de Seguros, respeitando um limite máximo de 48 (quarenta e oito) horas, contado a partir do horário inicial da internação hospitalar.

6. BENEFICIÁRIOS

O beneficiário será o próprio segurado ou seu representante legal.

7. ELEGIBILIDADE DA COBERTURA

São Elegíveis a esta cobertura todos os seguradores que aderirem ao seguro cujo ingresso do evento indicado no Bilhete de Seguro não tenha sido utilizado em decorrência de evento coberto pelo seguro.

8. SINISTROS

Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo comunicante (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- b) Ingresso do evento segurado sem utilização (ver com o parceiro se é possível);
- c) Declaração do organizador do evento que o ticket comprado pelo segurado não foi utilizado;
- d) Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência do Segurado e do(s) beneficiário(s);
- e) Cópia do Bilhete de Seguro;
- f) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente automobilístico quando o Segurado for o condutor na ocasião do acidente;
- g) Autorização de pagamento de sinistro;

- h) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome de cada beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta;
- i) Boletim de Ocorrência Policial (B.O.).
- j) Relatório Médico, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;
- k) Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica;
- l) Todos os exames médicos realizados;

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA E TOTAL TEMPORÁRIA DO SEGURADO POR LICENÇA MÉDICA

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Garante ao Segurado o reembolso do valor pago na compra do ingresso para participação em um evento devidamente expresso no Bilhete de Seguro, conforme estabelecido no item 14, Capital Segurado, das Condições Gerais, em caso de Incapacidade Física e Total Temporária do Segurado por Licença Médica em decorrência de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete de Seguro.

1.2. A incapacidade de que trata a presente cobertura é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer suas atividades habituais, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

1.3. O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (médico) e exames que comprovem a incapacidade física total e temporária.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula 5 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais estão também excluídos, salvo disposição contrária, em favor do segurado:

- a) **Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;**
- b) **Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;**

- c) **Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;**
- d) **Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- e) **Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;**
- f) **Infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida (sida/aids);**
- g) **Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;**
- h) **Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer, doença de parkinson, entre outras.**
- i) **Incapacidades, doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores contratação do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela conseqüentes, de conhecimento do segurado;**
- j) **Hospitalização para check-up;**
- k) **Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pelo seguro vigente depois de esgotado o capital segurado contratado para este mesmo evento coberto;**
- l) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de lesões por esforço repetitivo (ler), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (dort) e/ou lesão por trauma cumulativo (lrc), tais como, mas não se limitando a: tendinites, sinovites, síndrome do túnel do carpo de qualquer etiologia, epicondilite lateral, tenossinovites, artrites, dor miofacial, cervicobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados ou lesões similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências póstratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal.**
- m) **Gravidez, parto ou aborto e suas conseqüências;**
- n) **Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual,**
- o) **Controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas conseqüências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;**
- p) **Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de sinistro ocorrido na vigência do seguro;**

- q) Alterações, distúrbios ou doenças mentais e/ou psiquiátricas, inclusive o “stress”;
- r) Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado da cobertura, corresponde ao valor do ingresso especificado no Bilhete de Seguro e respectivas taxas administrativas.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da internação hospitalar do Segurado.

3.4. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

4. FRANQUIA

Quando houver, o período de franquia, para esta cobertura, será indicado no Bilhete de Seguros, respeitando um limite máximo de 48 (quarenta e oito) horas, contado a partir do horário inicial da constatação da incapacidade do segurado.

5. CARÊNCIA

5.1. O período de Carência para esta cobertura, será indicado no Bilhete de Seguros, respeitando um limite máximo de 48 (quarenta e oito) horas, contado a partir do horário inicial da constatação da incapacidade do segurado.

5.1.1. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

6. ELEGIBILIDADE DA COBERTURA

6.1. São Elegíveis a esta cobertura todos os seguradores que aderirem ao seguro cujo ingresso do evento indicado no Bilhete de Seguro não tenha sido utilizado em decorrência de evento coberto pelo seguro.

6.2. Após um evento de Incapacidade Física e Total Temporária do Segurado por Licença Médica indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

7. SINISTROS

Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo comunicante (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- b) Ingresso do evento segurado sem utilização (ver com o parceiro se é possível);
- c) Declaração do organizador do evento que o ingresso comprado pelo segurado não foi utilizado;
- d) Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência do Segurado e do(s) beneficiário(s);
- e) Cópia do Bilhete de Seguro;
- f) Autorização de pagamento de sinistro;
- g) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome de cada beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta;
- h) Boletim de Ocorrência Policial (B.O.).
 - a) Relatório Médico, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, diagnósticos necessários;
 - b) Indicação do tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
 - c) Exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e ou durante o acompanhamento da patologia;
 - d) Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
 - e) Atestado de Incapacidade Temporária emitido por profissional habilitado, informando o período de afastamento.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE QUEBRA DE OSSOS

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Garante ao Segurado o reembolso do valor pago na compra do ingresso para participação em um evento devidamente expresso no Bilhete de Seguro, conforme estabelecido no item 14, Capital Segurado, das Condições Gerais, em caso de em caso de fratura óssea após traumatismo ocorrido nos membros indicados a seguir:

- a) Vertebra Cervical;
- b) Ossos do Ouvido (martelo, bigorna e estribo);

- c) Quadril ou Pelve;
- d) Crânio;
- e) Femur, Calcâneo, Úmero;
- f) Tornozelo, Perna Tornozelo, Escápula;
- g) Maxilar, Clavícula, Antebraços, Punho (ossos do Carpo);
- h) Vértebra Torácica ou Lombar (cada);
- i) Osso Esterno, Patela (rótula);
- j) Mão (metacarpos, exceto dedos e ossos do carpo);
- k) Pés (exceto calcâneo e dedos do pé), Cócix;
- l) Face ou Nariz (exceto crânio e maxilar);
- m) Costelas (cada);
- n) Dedos da Mão e Do Pé (cada).

1.2. A fratura de ossos, deve estar relacionada exclusivamente à ocorrência de acidente pessoal que não seja considerado risco excluído, e desde que, ocorrido durante o período de vigência do seguro.

1.3. O evento deverá ser comprovado através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (médico) e exames que comprovem a quebra ou fratura óssea dos membros indicados em 1.1. anterior.

2. DEFINIÇÕES

Para fins desta cobertura, define-se como:

- a) **Fratura completa:** ocorre quando a fratura se dá em toda superfície do osso, ficando o mesmo dividido em duas partes distintas;
- b) **Fratura incompleta:** ocorre quando a fratura acomete apenas parte da superfície óssea ficando os seguimentos ainda unidos;
- c) **Fratura cominutiva:** mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso;
- d) **Fratura exposta:** ocorre quando os tecidos moles sobrejacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior;
- e) **Fratura de Colles:** fratura no osso rádio ao nível do punho; e
- f) **Fratura dos dedos:** no mínimo de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo segurado em um mesmo evento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula – “riscos excluídos” das condições gerais estão também excluídos, salvo disposição contrária, em favor do segurado:

- a) **osteoporose (porosidade no osso causada por diminuição progressiva da densidade óssea);**

- b) fraturas patológicas, entendidas como aquela nas quais o osso é fraturado em uma área enfraquecida por uma doença, por um grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tal como tumor ósseo, metástase de tumores e doenças do metabolismo ósseo (osteoporose);
- c) acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo que deu causa à fratura de ossos;
- d) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- e) quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;
- f) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;
- g) 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- h) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa;
- i) fratura de osso com doença antes do início da cobertura do seguro; e
- j) eventos que não se incluem no conceito de acidente pessoal, conforme definido nas Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado da cobertura, corresponde ao valor do ingresso especificado no Bilhete de Seguro e respectivas taxas administrativas.

4.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

4.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente que causou a quebra/fratura do Segurado.

4.4. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5. FRANQUIA

Não há franquia para esta cobertura.

6. CARÊNCIA

6.1. O período de Carência para esta cobertura, será indicado no Bilhete de Seguros, respeitando um limite máximo de 48 (quarenta e oito) horas, contado a partir do horário inicial da constatação da incapacidade do segurado.

6.1.1. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

7. ELEGIBILIDADE DA COBERTURA

São Elegíveis a esta cobertura todos os seguradores que aderirem ao seguro cujo ingresso do evento indicado no Bilhete de Seguro não tenha sido utilizado em decorrência de evento coberto pelo seguro.

8. SINISTROS

Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo comunicante (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- b) Ingresso do evento segurado sem utilização (ver com o parceiro se é possível);
- c) Declaração do organizador do evento que o ingresso comprado pelo segurado não foi utilizado;
- d) Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência do Segurado e do(s) beneficiário(s);
- e) Cópia do Bilhete de Seguro;
- f) Autorização de pagamento de sinistro;
- g) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome de cada beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta;
- h) Boletim de Ocorrência Policial (B.O.).
- f) Relatório Médico, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, diagnósticos necessários;
- g) Exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e ou durante o acompanhamento da patologia; e
- h) Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

Porto Alegre, 18 de Janeiro de 2024.

RODRIGO DE
CASTRO FERNANDES
PECORARO:2565110
7827

Assinado de forma digital
por RODRIGO DE CASTRO
FERNANDES
PECORARO:25651107827
Dados: 2024.01.22 11:13:00
-03'00'

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

ANTONIO TULIO LIMA
SEVERO:00205753000

Assinado de forma digital
por ANTONIO TULIO LIMA
SEVERO:00205753000
Dados: 2024.01.22 12:01:13
-03'00'

Antônio Tulio Lima Severo
Diretor designado como responsável técnico da
Sociedade, nos termos do art. 1º, II, da Circular
SUSEP nº 234/2003