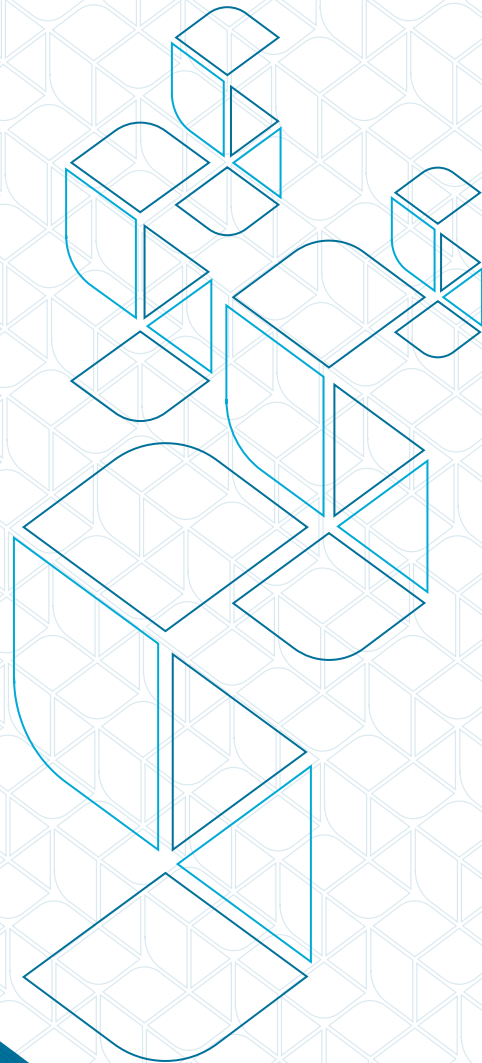




CONDIÇÕES
CONTRATUAIS
**SEGURO DE ACIDENTES
PESSOAIS COLETIVO -
EVENTOS**

1. DISPOSIÇÕES INICIAIS.....	3
2. OBJETIVO DO SEGURO	3
3. DEFINIÇÕES	4
4. COBERTURAS DO SEGURO	10
5. EXCLUSÕES GERAIS DE COBERTURA	16
6. CARÊNCIA.....	20
7. ACEITAÇÃO, VIGÊNCIA DO SEGURO, RENOVAÇÃO, CANCELAMENTO E OBRIGAÇÕES GERAIS DO ESTIPULANTE	20
8. CAPITAL SEGURADO	25
9. CUSTEIO DO SEGURO E PAGAMENTO DO PRÊMIO	25
10. PERDA DOS DIREITOS	26
11. BENEFICIÁRIO	28
12. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	28
13. FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	30
14. PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO	31
15. ÂMBITO GEOGRÁFICO	31
16. FORO	32
17. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE.....	32
18. CLÁUSULA DE SANÇÃO E EMBARGOS	32



1. DISPOSIÇÕES INICIAIS

- a) Aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco;
- b) O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização;
- c) O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número do seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF;
- d) Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice;
- e) Devido à natureza do Regime Financeiro de Repartição Simples, este seguro não permite a concessão de resgate, saldamiento, seguro prolongado ou devolução de quaisquer prêmios pagos ao Segurado, ao Beneficiário, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período de cobertura;
- f) **PROCESSO SUSEP N.º 15414.649635/2021-58**

2. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância, limitado ao Capital Segurado ao Grupo Segurado ou aos respectivos Beneficiários, na ocorrência de um dos riscos cobertos pelas Garantias contratadas, desde que diretamente relacionados à realização do Evento descrito na apólice, respeitando-se o âmbito geográfico e os demais itens destas Condições Contratuais, exceto se decorrentes de Riscos Excluídos da Cobertura.

GRUPO SEGURADO:

São considerados grupos segurados, para efeito deste seguro:

Equipe Técnica

Empregados, trabalhadores, estagiários, montadores, técnicos, seguranças, voluntários, quer sejam regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) ou sob contrato de trabalho eventual, que exercerem quaisquer atividades vinculadas à realização do evento segurado.

Artistas

Assim definidas as pessoas que exercem atividades artísticas ou intelectuais do evento segurado, tais como debatedores, atores, músicos, palestrantes, dançarinos e escritores.

Atletas e Competidores

Assim definidos os atletas, competidores ou participantes que atuam no evento segurado e dele são parte ativa.

Público

São os convidados e/ou espectadores passivos do evento segurado.



3. DEFINIÇÕES

As definições a seguir aparecerão no texto destas Condições Contratuais com iniciais em maiúscula, sendo que o masculino incluirá o feminino e o singular incluirá o plural e vice-versa.

ACEITAÇÃO DO RISCO

É a aprovação, pela Seguradora, após a análise do risco, da proposta de seguro, a ela submetida pelo proponente para a contratação do seguro.

ACIDENTES PESSOAIS

Para fins deste seguro, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que estão incluídos no conceito de Acidente Pessoal:

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

Excluem-se deste conceito:

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

AGRAVAÇÃO DO RISCO

São as circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora, independentemente ou não da vontade do Segurado.



ÂMBITO GEOGRÁFICO

Termo que determina o território de abrangência de uma determinada Cobertura ou da apólice.

APÓLICE

Documento emitido pela Seguradora por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, com discriminação do bem ou interesse segurado, coberturas contratadas, bem como direitos e obrigações do Segurado e da Seguradora.

ATIVIDADE PROFISSIONAL

É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência, mediante remuneração.

ATO ILÍCITO (CULPOSO)

Ação ou omissão decorrente de negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

ATO ILÍCITO (DOLOSO)

Ação ou omissão voluntária, que viole direito e cause dano a outrem. É praticado de forma intencional.

AVISO DE SINISTRO

Comunicação escrita, ou via telefone, da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

BENEFICIÁRIO

A pessoa física ou jurídica, ou ente despersonalizado, eventualmente nomeada formalmente pelo Segurado, a qual deverá ser paga a indenização em caso de sinistro coberto, nos termos do Código Civil Brasileiro e desta apólice.

BENS

São todas as coisas, direitos e ações que podem ser objeto de propriedade.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL (B.O)

Documento oficial emitido por autoridade policial, descrevendo e confirmando a ocorrência de crimes e fatos atípicos, como acidente de trânsito, ou fato danoso.

CANCELAMENTO

Dissolução antecipada do seguro, de comum acordo, ou em razão do pagamento de indenização ao Segurado. O cancelamento decidido só pelo Segurado ou pela Seguradora, quando o contrato o permite, chama-se "rescisão".

CAPITAL SEGURADO

É o capital máximo a ser pago na ocorrência do sinistro, ao Segurado ou Beneficiário do seguro, em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

CARÊNCIA

É o período de tempo ininterrupto, cotado a partir do início de vigência do seguro individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais.



CERTIFICADO INDIVIDUAL

É o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação do proponente como Segurado, a renovação do seguro, ou a alteração de valores do capital segurado ou prêmio. **No caso deste seguro, não haverá certificado individual, já que o Segurado não será individualizado previamente, e sim compreenderá o GRUPO SEGURADO do Estipulante organizador do Evento coberto na Especificação da Apólice.**

CLÁUSULA

Em sentido estrito, é a denominação dada a cada um dos artigos ou disposições de um contrato. No caso de seguros, utiliza-se o termo para fazer referência a um grupo de disposições, normalmente sob um título, que estipulam as regras relativas a um particular aspecto do contrato, como, por exemplo, "Cláusula de Pagamento de Prêmio", "Cláusula de Concorrência de Apólices".

CLAUSULADO

Conjunto de cláusulas de um contrato de seguro, ou, em um sentido mais amplo, uma referência a todas as disposições do contrato.

COBERTURA

É a designação genérica dos riscos assumidos pela Seguradora.

COBERTURA ADICIONAL

Cobertura adicionada ao contrato, facultativamente, mediante cobrança de prêmio adicional.

COBERTURA BÁSICA

É a cobertura obrigatória inerente a um determinado ramo de seguro.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Representam as Condições Gerais, Condições Especiais e Condições ou Cláusulas Particulares de um mesmo seguro.

CONDIÇÕES GERAIS

Conjunto de cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou Coberturas contratuais de um plano de seguro, que estabelecem obrigações e direitos das partes contratantes.

CONTRATO DE SEGURO

Instrumento jurídico, representado pela apólice de seguros, pelo qual a Seguradora se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do Segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados. É precedido da proposta de seguro com as declarações dos proponentes necessárias à avaliação e aceitação do risco pela Seguradora.

CORRETORA DE SEGUROS (PESSOA JURÍDICA)

Empresa habilitada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) para a intermediação, entre proponentes e Seguradoras, de contratos de seguros.

CORRETOR DE SEGUROS

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





DANO CORPORAL

Lesão física causada ao corpo da pessoa. Danos classificáveis como mentais ou psicológicos não oriundos de danos corporais não estão abrangidos por esta definição.

DANO MATERIAL

É todo e qualquer dano que atinge os bens móveis ou imóveis.

DANO MORAL

Lesão, praticada por outrem, ao patrimônio psíquico ou à dignidade da pessoa, ou, mais amplamente, aos direitos da personalidade, causando sofrimento psíquico, constrangimento, ou qualquer tipo de desconforto, independentemente da ocorrência simultânea de danos materiais ou corporais. Para as pessoas jurídicas, são as perdas financeiras indiretas, não contábeis, decorrentes de ofensa ao seu nome ou à sua imagem, independentemente da ocorrência simultânea de outros danos.

DATA DO EVENTO

Data da ocorrência do Evento/Risco Coberto.

DOENÇAS E/OU LESÕES PREEXISTENTES

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado antes da contratação do seguro e que eram de seu e conhecimento do Proponente, mas não foram declaradas na proposta de contratação.

ESTIPULANTE

Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do plano de seguro coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulamentação em vigor. **No caso deste seguro, o Estipulante será sempre o Organizador do Evento. Não haverá certificado individual, já que o Segurado não será individualizado previamente, e sim compreenderá o GRUPO SEGURADO do Estipulante organizador do Evento coberto na Especificação da Apólice.**

Evento (em seguro): Qualquer acontecimento que possa resultar em danos, prejuízos ou perdas, bem como despesas garantidas nos termos e condições deste contrato de seguro.

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

FINAL DE VIGÊNCIA

Data final para ocorrência de Riscos previstos em uma apólice de seguro. O Final de Vigência do Seguro ocorrerá às 24 horas do dia anterior ao seu aniversário, respeitando-se a vigência contratada.

FRANQUIA

É o período de tempo, não considerado para cálculo do pagamento da Renda de Internação Hospitalar por Acidente contratada, contado a partir da Internação Hospitalar coberta.

No contrato de seguro, refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do contrato.

GRUPO SEGURADO

Equipe Técnica

Empregados, trabalhadores, estagiários, montadores, técnicos, seguranças, voluntários, quer sejam regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) ou sob contrato de trabalho eventual, que exercerem quaisquer atividades vinculadas à realização do evento segurado.

Artistas

Assim definidas as pessoas que exercem atividades artísticas ou intelectuais do evento segurado, tais como debatedores, atores, músicos, palestrantes, dançarinos e escritores.

Atletas e Competidores

Assim definidos os atletas, competidores ou participantes que atuam no evento segurado e dele são parte ativa.

Público

São os convidados e/ou espectadores passivos do evento segurado.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

É a perda total, contínua e temporária da capacidade para a prática da atividade profissional, causada direta e exclusivamente por acidente ou doença.

INDENIZAÇÃO

Valor que a Seguradora deve pagar ao Segurado ou beneficiário em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro, não podendo ultrapassar, em hipótese alguma, o Limite Máximo de Indenização da Cobertura contratada e o Limite Máximo de Garantia da apólice.

INÍCIO DE VIGÊNCIA

É a data a partir da qual as coberturas dos riscos propostos serão garantidos pela Seguradora.

LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

É o pagamento da indenização devida ao Segurado após a apuração dos prejuízos e a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.

LOCAL SEGURADO

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

LUCROS CESSANTES

São lucros que deixam de ser auferidos devido à paralisação de atividades e do movimento de negócios do Segurado, ou do Terceiro prejudicado, no caso de Seguro de Responsabilidade Civil. Os "lucros cessantes" são classificados como "perdas financeiras".

MÁ-FÉ

É o comportamento desonesto, desleal, com vícios, por parte de uma pessoa, com o objetivo de induzir ou manter outra pessoa em erro, e, assim obter uma vantagem ilícita.

MÉDICO ASSISTENTE

É o profissional legalmente licenciado para a prática da Medicina, obrigatoriamente inscrito no



CRM (Conselho Regional de Medicina). Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, em linha reta ou na colateral, até terceiro grau, amigo íntimo, mesmo que habilitados a exercer a prática da Medicina.

NOTA TÉCNICA ATUARIAL

É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS)

É a parte do prejuízo em que, em caso de sinistro correrá por conta do Segurado.

PERÍODO DE COBERTURA

Aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos Capitais Segurados contratados.

PRÊMIO

É a importância paga pelo Segurado ou estipulante/proponente à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade do risco a que o Segurado está exposto.

PROCESSO SUSEP

É o número de registro do produto a ser comercializado pela Seguradora na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

PROPONENTE

É a pessoa, física ou jurídica, que se dispõe a contratar o seguro junto à Seguradora.

PROPOSTA DE ADESÃO

Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, representado pelo Estipulante da Apólice e Organizador do Evento, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

É o documento que precede a emissão da Apólice, contendo declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido pela Seguradora e do risco, com base nos quais a Seguradora decidirá se aceita contratar o seguro ou não e, caso aceite, calculará o valor do prêmio.

PÚBLICO DO EVENTO SEGURADO

São os convidados e/ou espectadores passivos do evento segurado, excluídas as pessoas que fizerem parte da organização do Evento, seus representantes, prepostos e prestadores de serviços, desde que respeitadas as exigências regulatórias relacionadas à organização do Evento.

REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES

Estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse mesmo período.

RENOVAÇÃO

Ao término da vigência de um seguro, normalmente é oferecida ao Segurado a possibilidade de dar continuidade ao contrato. O conjunto de normas e procedimentos a serem cumpridos, para que se efetive tal continuidade, é denominado "renovação do contrato".



RISCO

É o acontecimento futuro e incerto, ou de data incerta, potencialmente danoso.

RISCO COBERTO

Risco, previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem a Indenização e/ou reembolso ao Segurado.

RISCOS EXCLUÍDOS

Todo evento danoso em potencial, não elencado entre os riscos cobertos na apólice de seguro é, implicitamente, um risco excluído. No entanto, para evitar litígios decorrentes de interpretação incorreta do risco coberto, e também porque alguns dos possíveis riscos excluídos podem ser redefinidos como riscos cobertos em Coberturas Básicas ou Adicionais, os riscos excluídos são elencados de forma explícita nos contratos de seguro, seja nas Condições Gerais, seja nas Condições Especiais. Portanto, este é o conceito restrito de risco excluído: são potenciais eventos danosos, elencados no contrato, mas NÃO contemplados pelo seguro, isto é, em caso de ocorrência, causando danos ao Segurado (ou a sua responsabilização pelos mesmos, no Seguro de Responsabilidade Civil), não haveria indenização ao Segurado.

SEGURADO

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

SEGURADORA

Empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.

SEQUELA

Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

SINISTRO

Ocorrência de acontecimentos previstos no contrato de seguro e que causem prejuízos ao Segurado.

VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

É o período expressamente definido na Apólice de Seguro, em que o GRUPO SEGURADO do Evento estarão cobertos pelo Seguro.

VIGÊNCIA DO SEGURO

Período de tempo fixado para a validade do seguro ou cobertura.

4. COBERTURAS DO SEGURO

4.1. Destinatários das coberturas: o GRUPO SEGURADO do Estipulante organizador do Evento coberto na Especificação da Apólice.

4.2. As coberturas básicas podem ser contratadas em conjunto ou isoladamente, cabendo ao Estipulante e/ou subestipulante declarar na proposta de contratação quais coberturas será(ão) contratada(s), sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das básicas obrigatória, sendo as demais facultativas.

4.2.1. As coberturas deste Seguro dividem-se em básicas e adicionais.





4.3. COBERTURAS BÁSICAS:

4.3.1. Morte Acidental.

4.3.1.1. Quando contratada, esta cobertura garante aos beneficiários o pagamento do respectivo Capital Segurado individual em caso de morte do Segurado em razão de acidente pessoal, desde que ocorrido no período de vigência da apólice, no âmbito geográfico de cobertura e diretamente relacionado com a realização do evento., exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Contratuais e do Contrato.

4.3.1.2. Conforme Art. 8º da Circular SUSEP 302/05, as garantias que preveem o pagamento do Capital Segurado em caso de morte do Segurado menor de 14 (quatorze) anos de idade destinam-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que: incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; **e não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

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

4.3.2.1. Quando contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, até o limite de Capital Segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física em decorrência direta e exclusiva de acidente de pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro, nas hipóteses e graus estabelecidos na Tabela para o Cálculo de Indenização constante destas Condições Contratuais, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura.

4.3.2.2. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de Invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará à vítima uma indenização, conforme tabela constante no subitem 4.3.2.15. dessas Condições Contratuais, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato.

4.3.2.3. Não estando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela supracitada, para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

4.3.2.4. Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada 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).

4.3.2.5. Nos casos de invalidez parcial não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

4.3.2.6. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou

órgão, o Capital Segurado será calculado somando-se as percentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado previsto para essa cobertura. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma dos percentuais correspondentes não poderá exceder ao Capital Segurado previsto para sua perda total.

4.3.2.7. Para efeito de indenização, a perda ou agravo da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do Capital Segurado, salvo quando previamente declarado pelo Segurado na contratação do seguro. Nessas condições, será deduzido do grau da invalidez definitiva o grau da invalidez preexistente devidamente comprovada por laudo médico e resultados de exames que demonstrem a perda funcional atestando o grau da preexistência.

4.3.2.8. A constatação da Invalidez Permanente por Acidente se fará através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialização da lesão e resultados de exames que demonstrem a perda funcional.

4.3.2.9. A Seguradora reserva-se ao direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

4.3.2.10. Quaisquer divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como as avaliações da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pela vítima e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pela vítima e pela Seguradora. A Seguradora proporá à vítima, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pela vítima.

4.3.2.11. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta garantia.

4.3.2.12. A Perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito ao Capital Segurado desta Cobertura.

4.3.2.13. Nos casos em que houver o pagamento do Capital Segurado por Invalidez Permanente Parcial por Acidente e o Segurado vir a falecer em consequência deste mesmo evento, será deduzido do Capital Segurado de Morte a importância já paga pela Invalidez Permanente Parcial por Acidente. Ou seja, as indenizações previstas para as Coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente.

4.3.2.14. Se houver algum impedimento legal ou físico para o recebimento da indenização de forma direta pela vítima, a Seguradora poderá exigir outros documentos comprobatórios necessários.

4.2.3.15. A reintegração do Capital Segurado é automática após cada acidente, sem a cobrança de prêmio adicional.



4.3.2.16. Para efeito deste seguro, entende-se como “Invalidez Permanente Total”, os acidentes que resultem em:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os braços;
- c) Perda total do uso de ambas as pernas;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um braço e uma perna;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total e incurável.

4.3.2.17. TABELA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE:

DISCRIMINAÇÃO		%
Invalidez Permanente Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total incurável	100
DISCRIMINAÇÃO		%
Invalidez Permanente PARCIAL DIVERSOS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25



DISCRIMINAÇÃO		%
Invalidez Permanente PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	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 dedo respectivo	
DISCRIMINAÇÃO		%
Invalidez Permanente PARCIAL MEMBROS INFERIORES	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 tíbio-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 total de um dos pés, isto é perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	de 4 (quatro) centímetros	10
	de 3 (três) centímetros	6
	menos de 3 (três) centímetros, sem indenização	



4.3.3. Este seguro também considera também cobertura para:

a) Translado conforme definido no âmbito geográfico e abaixo:

As garantias do seguro, previstas nestas condições, aplicam-se para eventos cobertos no local e horário do evento organizado pelo Estipulante, bem como o traslado até as localidades do evento em transporte por conta do estipulante que pode ser por carro, ônibus e/ou vans contratadas.

IMPORTANTE: Estarão cobertos apenas os traslados efetuados sob responsabilidade do Estipulante.

b) Cobertura 24 horas

As garantias do seguro, previstas nestas condições, aplicam-se para eventos cobertos ocorridos qualquer que seja o local e a hora de sua ocorrência.

4.3.3.1. O GRUPO SEGURADO PARA ESTAS COBERTURAS PODERÁ SER SOMENTE EQUIPE TÉCNICA, ARTISTAS E COMPETIDORES, SALVO SE DISPOSTO CONTRÁRIO NA ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE.

4.4. COBERTURA ADICIONAL: DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

4.4.1. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO).

4.4.1.1. Quando contratada, mediante pagamento de prêmio adicional, esta cobertura garante ao próprio Segurado, até o valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal ocorrido no âmbito geográfico definido na especificação da apólice e que tenha relação direta com a realização do evento objeto do seguro, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data deste acidente, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Contratuais e do Contrato.

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

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

4.4.1.4. A comprovação das despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas deverão ser feitas mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

4.4.1.5. A Seguradora reserva-se no direito de submeter o Segurado à realização de exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

4.4.1.6. O limite de capital segurado relativo a cada uma das ocorrências indicadas nesta condição especial será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto.



5. EXCLUSÕES GERAIS DE COBERTURA

5.1. Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) De doenças (incluídas as profissionais), moléstias ou enfermidades, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) Acidentes médicos;
- c) Tratamento de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;
- d) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos quando não decorrentes de acidente coberto;
- e) Os envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias tóxicas ou entorpecentes;
- f) Quaisquer perturbações mentais, nervosas e emocionais, salvo a alienação mental total e incurável, decorrente de acidente coberto;
- g) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- h) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de terrorismo, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes e de guerra, declarada ou não;
- i) Ato reconhecidamente perigoso, ressalvado o disposto no artigo 799 do Código Civil vigente, que não seja motivado por necessidade justificada;
- j) 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;
- k) O suicídio ou tentativa de suicídio, voluntário e premeditado nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;
- l) Estados de convalescença (após a alta médica);
- m) Despesas de acompanhantes;
- n) Aparelhos que se refiram a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses ou órteses implantadas pela primeira vez;
- o) A perda de dentes e os danos estéticos;
- p) De doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;
- q) Atos de hostilidade;



r) Não obstante o que em contrário possam dispor as condições gerais, especiais e/ou particulares do presente seguro, fica entendido e concordado que, para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

s) Epidemias e pandemias, ainda que declaradas pelos órgãos competentes;

t) Doação e transplante intervivos; e

u) Qualquer perda por ataque cibernético, dano, responsabilidade, custo ou despesa direta ou indiretamente causados por:

u.1) O uso ou incapacidade de usar qualquer computador, sistema de computador, programa de software de computador, processo, ou qualquer outro sistema eletrônico;

u.2) qualquer vírus de computador ou código malicioso; e

u.3) qualquer fraude referente a computador que esteja relacionada aos itens u.1) e u.2).

5.2. No caso de Morte Acidental do Segurado decorrente de eventos mencionados na cláusula de Riscos Excluídos ou na cláusula de Perda de Direito ao Capital Segurado, a Seguradora não realizará o pagamento da indenização ao Segurado ou Beneficiário. Além disso, não está coberta a Morte Acidental do Segurado quando não relacionada ao evento objeto deste seguro.

5.3. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado decorrente de eventos mencionados na cláusula de Riscos Excluídos ou na cláusula de Perda de Direito ao Capital Segurado, a Seguradora não realizará o pagamento da indenização ao Segurado ou Beneficiário. Além disso, não está coberta a Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado quando não relacionada ao evento objeto deste seguro.

5.4. A Seguradora não realizará o pagamento da indenização ao Segurado ou Beneficiário em caso de Despesas Médico Hospitalares caso estas sejam decorrentes de eventos mencionados na cláusula de Riscos Excluídos ou na cláusula de Perda de Direito ao Capital Segurado, ou não sejam relacionadas ao evento objeto deste seguro, ou ainda, eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de/ou relacionados a:

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

5.4.2. Aparelhos que se referem a órteses (aparelho ou equipamento que venha a sustentar ou corrigir alguma parte do corpo humano) de qualquer natureza e a próteses (substituição de um órgão ou parte dele por uma peça artificial) de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais. Cirurgias plásticas, tratamentos rejuvenescedores e/ou estéticos;

5.4.3. Continuidade e o controle de tratamentos anteriores referentes a doenças e lesões preexistentes ou crônicas;

5.4.4. Exames e/ou hospitalizações para check up;



5.4.5. Extensão de receita, ou seja, atendimento para prescrição de medicamentos de uso contínuo em situações não caracterizadas como Emergência ou Urgência;

5.4.6. Exame pré-natal e parto (natural ou cesariana, quando este não representar risco de morte ou sofrimento intenso);

5.4.7. Compra e aluguel de cadeira de rodas e muletas;

5.4.8. Atendimento ortodôntico de rotina;

5.4.9. Despesas realizadas pelo Segurado não prescritas por médico.

5.5. Também ficam excluídos os acidentes e/ou eventos decorrentes de:

a) Competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes, ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;

b) Qualquer fenômeno atmosférico ou meteorológico, tais como: tufões, furacões, ciclones, maremotos, alagamentos, enchentes ou inundações, terremotos, tsunamis e erupções vulcânicas que não estejam previstos como riscos cobertos nos termos das coberturas contratadas na apólice;

c) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;

d) Quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro. Nos Seguros contratados por pessoas jurídicas, incluem-se os danos causados por atos ilícitos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores e/ou seus respectivos representantes.

5.6. Excluídos das coberturas deste seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em consequência de evento coberto, decorrentes de:

a) DANOS MORAIS E ESTÉTICOS;

b) DANOS MATERIAIS;

c) Lucros cessantes;

d) Danos sofridos pelo Segurado não relacionados ao Evento especificado na Apólice de Seguro; e

e) Quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, situação em que este perderá o direito à Cobertura do seguro, conforme disposto no artigo 768 do Código Civil.

5.7. EXCLUSÃO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS:

5.7.1. Não obstante qualquer outra disposição em contrário contida nesta apólice, em seus endossos e/ou aditivos, fica entendido e acordado que este Contrato exclui e não cobre qualquer perda, dano, responsabilidade, reclamação, multa, penalidade, julgamento, custo, despesa ou outro valor direta ou indiretamente decorrente de:



- a) Uma Doença Transmissível;
- b) O medo ou a ameaça (real ou percebida) de uma Doença Transmissível; ou
- c) Qualquer ação tomada para controlar, prevenir, suprimir ou de qualquer forma relacionada a qualquer incidência, surto, epidemia ou pandemia ou ameaça de incidência, surto, epidemia ou pandemia de uma Doença Transmissível.

5.7.2. Para fins desta exclusão, “perda, dano, responsabilidade, reclamação, multa, penalidade, julgamento, custo, despesa ou outro valor” inclui, mas não está limitado a: responsabilidade de qualquer tipo a terceiros, perda de receita ou renda e/ou custos de substituição de deterioração, depreciação, ou perda de valor ou comercialização de, ou perda de uso de qualquer propriedade, bem como qualquer custo para limpar, higienizar, remediar, desintoxicar, remover, monitorar ou testar com respeito a:

- a) Uma Doença Transmissível; ou
- b) Qualquer bem que seja ou possa ser afetado por tal Doença Transmissível.

5.7.3. Para fins desta exclusão, entende-se por “Doença Transmissível” qualquer doença, enfermidade, infecção, doença ou síndrome que possa ser transmitida, direta ou indiretamente, por qualquer substância ou agente, entre ou de qualquer organismo para outro organismo (seja da mesma espécie ou de qualquer outra espécie) onde:

5.7.3.1. Tal substância ou agente seja, inclua, seja composto de, ou contenham qualquer vírus, bactéria, príão, parasita ou outro organismo ou micro-organismo, ou qualquer variação, mutação ou evolução dos mesmos, vivos ou não; e

5.7.3.2. Tal doença, infecção, enfermidade, síndrome, substância ou agente pode ou faz:

- a) Causar ou ameaçar causar qualquer dano à saúde humana ou ao bem-estar humano;
- b) Causar ou ameaçar causar qualquer dano, deterioração, perda de valor, comercialização ou perda de uso de qualquer propriedade; ou
- c) De outra forma, causar ou ameaçar causar qualquer perda de receita, renda, participação no mercado ou patrocínio de qualquer tipo.

5.7.4. Esta exclusão se aplica a toda e qualquer extensão de cobertura, coberturas adicionais, exceções a qualquer exclusão e/ou qualquer outra concessão de cobertura que sejam ou possam ser fornecidas nos termos deste Contrato de seguro e seus endossos.

5.7.5. Nem o conteúdo desta exclusão nem sua ausência de quaisquer acordos ou contratos prévios (de qualquer espécie) entre ou entre as Partes estabelecerá ou constituirá, para qualquer finalidade, qualquer forma de cobertura ou responsabilidade com relação a qualquer Doença Transmissível (incluindo, mas não se limitando ao Coronavírus (COVID- 19) e suas variações, mutação ou evolução) sob quaisquer desses acordos ou contratos prévios.



6. CARÊNCIA

6.1. É o período durante o qual o Segurado não terá direito às Garantias deste seguro. Não há carência no produto, exceto no caso de suicídio ou na sua tentativa, quando a referida carência corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso ou, ainda, da data do aumento do capital segurado (ocasião em que será considerado o capital segurado anterior ao aumento).

7. ACEITAÇÃO, VIGÊNCIA DO SEGURO, RENOVAÇÃO, CANCELAMENTO E OBRIGAÇÕES GERAIS DO ESTIPULANTE

7.1. ACEITAÇÃO E ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

7.1.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

7.1.2. As Condições Contratuais completas deste Seguro deverão estar à disposição do Estipulante quando da apresentação da Proposta de Contratação.

7.1.3. A adesão à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, pelo Estipulante, de Proposta de Contratação, na qual deverá constar cláusula na qual o Estipulante declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições contratuais.

7.1.4. Qualquer alteração neste contrato somente terá validade se for feita por meio de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância do Estipulante e da Seguradora, cabendo salientar que qualquer pedido de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a aceitação do seguro.

7.1.5. Se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de contratação ou na mensuração do prêmio, perderá o direito à indenização, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

7.1.6. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora terá direito a rescindir o contrato, ou a cobrar, mesmo após a ocorrência do Sinistro, a diferença do prêmio.

7.1.7. Os valores devidos a título de devolução de prêmios por cancelamento ou alteração do seguro sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE), a partir da data do recebimento da solicitação da alteração, se solicitada pelo Estipulante, ou da data da emissão da efetiva alteração, se a mesma ocorrer por iniciativa da Seguradora.

7.2. INCLUSÃO DE SEGURADOS

A inclusão dos Segurados é feita de forma AUTOMÁTICA, ou seja, abrange todos os componentes do Grupo Segurável, os quais são:

Equipe Técnica

Empregados, trabalhadores, estagiários, montadores, técnicos, seguranças, voluntários, quer sejam regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) ou sob contrato de trabalho eventual, que exercerem quaisquer atividades vinculadas à realização do evento segurado.



Artistas

Assim definidas as pessoas que exercem atividades artísticas ou intelectuais do evento segurado, tais como debatedores, atores, músicos, palestrantes, dançarinos e escritores.

Atletas e Competidores

Assim definidos os atletas, competidores ou participantes que atuam no evento segurado e dele são parte ativa.

Público

São os convidados e/ou espectadores passivos do evento segurado.

7.3. PAGAMENTO DO PRÊMIO

7.3.1. O pagamento da primeira parcela do seguro, assim como o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, caracteriza a ciência, aceitação e concordância, das Condições Contratuais deste seguro.

7.3.2. À Seguradora é reservado o direito de aceitar ou recusar o seguro, independentemente da ocorrência de sinistro, até 15 (quinze) dias da data de protocolo da proposta de seguro na Companhia, mesmo tratando-se de renovação, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. A inexistência de manifestação expressa da Seguradora dentro deste prazo implicará na aceitação automática do seguro.

7.3.3. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares, para análise e aceitação do risco, conforme alíneas "a" e "b" a seguir, sendo que em ambos os casos o prazo estabelecido no item 7.3.2 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação:

- a)** Pessoa física: apenas uma vez durante o prazo previsto para aceitação; e
- b)** Pessoa Jurídica: mais de uma vez durante o prazo previsto para aceitação, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.

7.3.4. A emissão da apólice, do certificado ou do endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

7.3.5. No caso de não aceitação, a proposta de seguro será devolvida juntamente com carta informando o motivo da recusa.

7.3.6. Nos contratos de seguros cujas propostas de seguro tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, iniciará, desde que solicitado pelo proponente na proposta de seguros, uma cobertura provisória a partir das 24 horas da data da recepção do referido documento.

- a)** No caso de aceite da proposta de seguros, a referida cobertura provisória será considerada como de efetiva vigência do seguro e ratificada na apólice de seguros emitida.
- b)** No caso da recusa da proposta de seguros, e apenas para seguros com prazo de vigência igual ou superior a 12 (doze) meses, a cobertura provisória prevalecerá por mais 2 (dois) dias úteis após a formalização da recusa da Seguradora.



c) No caso de recusa da proposta de seguros e para seguros com prazo de vigência inferior a 12 (doze) meses, a cobertura provisória se encerrará no exato momento desta recusa.

d) O disposto na alínea “b” não se aplica aos seguros estruturados com período intermitente de cobertura, dentro de seu período de vigência.

e) Haverá devolução integral do Prêmio pago pelo Estipulante, no prazo de até 10 (dez) dias corridos, corrigido monetariamente pelo IPCA/IBGE desde a data do pagamento até a data da efetiva restituição pela Seguradora. O valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela pro-rata temporis correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. A não devolução do prêmio no prazo previsto implicará na aplicação de juros de mora de 1,0% (um por cento) ao mês, a partir do 11º dia, sem prejuízo da sua atualização. A atualização será efetuada com base na variação apurado entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação. Se houver extinção do índice pactuado, a Seguradora aplicará automaticamente o índice IPC/FIPE.

7.4. RENOVAÇÃO

NÃO HAVERÁ RENOVAÇÃO, tendo em vista que este Seguro é por prazo determinado e destinado a cobrir riscos relacionados a Eventos e especificamente durante a sua organização e realização, conforme período de vigência especificado na Apólice.

7.5. VIGÊNCIA

A vigência do risco individual inicia-se nas datas e horários especificados na Apólice de Seguros e permanecerá em vigor pelo prazo igualmente e estipulado na apólice, não podendo ultrapassar o período de 5 (cinco) anos.

7.6. CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA

O Cancelamento da Apólice Coletiva poderá ser realizado nas seguintes hipóteses e segundo as regras estabelecidas nestas Condições Contratuais, respeitadas as respectivas vigências em curso das coberturas dos seguros individuais, cujos prêmios tenham sido integralmente pagos:

- a)** Quando constatado que o Segurado e/ou Beneficiário e/ou Estipulante organizador do Evento, ou seus representantes legais, agiu com dolo, fraude, simulação ou culpa na contratação do seguro, ou ainda, para obter ou para majorar a indenização, observando-se, em qualquer caso, que se dá automaticamente o cancelamento do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade;
- b)** Por falta de pagamento do prêmio, mediante aviso expresso e por escrito da Seguradora ao Estipulante;
- c)** Por iniciativa do Estipulante, desde que obtida a concordância da Seguradora, que reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado PROPORCIONALMENTE EM FUNÇÃO DO PRÊMIO JÁ EFETIVAMENTE PAGO, OU SEJA, “PRO-RATA TEMPORIS.”
- d)** Por iniciativa da Seguradora, onde este reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido:



d.1) Caso o Segurado não realize o pagamento ou repasse da primeira parcela do prêmio até a data constante no documento de cobrança ou se configurada a falta de pagamento de qualquer um dos prêmios mensais por um período de 05 (cinco) dias consecutivos ou não, a apólice estará cancelada por falta de pagamento sem que seja devido ao Segurado ou a seus beneficiários a percepção proporcional de qualquer indenização; e

d.2) Se o Segurado, seus beneficiários, o representante de um ou de outro, agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação ou, ainda, para conseguir o aumento do capital segurado, ocorrerá o cancelamento da apólice sem a restituição dos prêmios já pagos, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

e) Automaticamente e de pleno direito independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem qualquer restituição de prêmio ou impostos, quando ocorrerem situações previstas na cláusula Perda de Direitos;

f) O Segurado, seu representante legal, beneficiário, ou Estipulante da Apólice praticarem atos ilícitos ou dolo, simulando, provocando, ou agravando as consequências do sinistro, para obter benefícios deste seguro;

g) Relativamente à cobertura individual de cada, com o pagamento da cobertura por Morte Acidental ou da cobertura por Invalidez Permanente Total por Acidente.

7.6.1. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

7.7. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

O Estipulante tem como obrigação durante a vigência da apólice:

a) Fornecer para Seguradora todas as informações necessárias previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais necessários para análise e aceitação do risco;

b) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, das alterações na natureza do risco coberto, bem como de quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

c) Fornecer ao Segurado sempre que solicitado qualquer informação relativa ao contrato de seguro;

d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º da Resolução 107/04, quando este for de sua responsabilidade;

e) Repassar os prêmios à Seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;

f) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice quando for diretamente responsável pela sua administração;

g) Discriminar a razão social, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;

h) Entregar aos Segurados os certificados individuais, quando aplicável;



- i) Comunicar de imediato à Seguradora tão logo tome conhecimento à ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa;
- j) Dar ciência aos Segurados ou Beneficiários dos procedimentos e prazos estipulados para liquidação de sinistros;
- l) Comunicar de imediato à SUSEP qualquer procedimento que considerar irregular quanto ao seguro contratado;
- m) Fornecer para a SUSEP qualquer informação solicitada dentro do prazo por ela especificado;
- n) 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.
- o) Pagar em dia o prêmio do seguro, fornecer a documentação para liquidação de sinistro;
- p) Manter atualizados e fornecer, sempre que solicitado informações cadastrais e/ou documentos pessoais dos Segurados, necessários para atendimento à Circular Susep nº 612/2020 e sua alteração Circular Susep nº 622/2021 referentes à prevenção do crime de lavagem de dinheiro ou norma que a substitua.

7.7.1. DAS VEDAÇÕES AO ESTIPULANTE

É expressamente vedado ao estipulante e ao subestipulante, nos seguros **contributários**:

- a) Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo 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; e
- d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de Cobertura direta a estes produtos.

7.7.1.1. Se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à Cobertura do seguro, respondendo a Seguradora, até o cancelamento da apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

O Estipulante/Segurado declara, no ato do preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, que tomou conhecimento prévio destas Condições Gerais, estando de pleno acordo com as mesmas.

7.8. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores serão devolvidos pela Seguradora, devidamente atualizados, desde a data do recebimento.



8. CAPITAL SEGURADO

8.1. Para fins deste Seguro, Capital Segurado é a importância máxima a ser paga por Segurado em função do valor estabelecido para cada Cobertura, vigente na data do evento, o qual deverá estar especificado na Apólice de Seguros.

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

8.3. O Capital Segurado poderá ser escolhido pelo Estipulante, conforme determinar o Contrato de Seguro, e constará da Apólice de Seguro.

8.4. Os Capitais Segurados não serão atualizados monetariamente ao longo da vigência da Apólice de Seguros, salvo se esta for superior a 1 ano, hipótese em que a atualização será anual, com base na variação positiva do índice do IPCA/IBGE (Índice de Preço ao Consumidor Amplo), tomando-se por base o índice anual acumulado até 31 de dezembro do ano anterior. Na hipótese de extinção do índice acima será utilizado o IPC/FIPE (Preços ao Consumidos/Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

8.5. No caso de Apólice com vigência superior a 1 (um) ano, a Seguradora poderá no aniversário anual da Apólice ou em outra periodicidade definida no Contrato, recalculer a taxa do seguro se a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial.

9. CUSTEIO DO SEGURO E PAGAMENTO DO PRÊMIO

9.1. CUSTEIO DO SEGURO

9.1.1. O custeio deste Seguro será determinado pela aplicação das taxas de cada Cobertura, calculadas de acordo com as características da garantia e do Grupo Segurado, ao seu respectivo Capital Segurado.

9.1.2. Para fins deste Seguro e de acordo com a declaração constante deste contrato, o custeio será de natureza “não tributária”, ou seja, o prêmio do Seguro será realizado exclusiva e integralmente pelo Estipulante organizador do Evento.

9.2. PAGAMENTO DO PRÊMIO

9.2.1. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento integral do prêmio houver sido feito pelo Estipulante, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

9.2.2. Este seguro poderá ser pago à vista ou custeado através do fracionamento do prêmio, conforme tiver sido especificado na Apólice de Seguros.

9.2.2.1. Nos prêmios fracionados com incidência de juros, será facultado ao Segurado antecipar o pagamento do prêmio fracionado, total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros pactuados. Para os prêmios fracionados, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

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



9.2.2.1.2. Para os prêmios fracionados, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

9.3. O documento de cobrança será enviado ao endereço indicado pelo Segurado, ou ao seu representante ou, ainda, quando houver solicitação expressa de qualquer um destes, ao corretor de seguros.

9.4. A falta de pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela nas datas indicadas implicará **NA RESOLUÇÃO AUTOMÁTICA DO CONTRATO DE SEGURO, INDEPENDENTEMENTE DE QUALQUER INTERPELAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL.**

9.5. No caso de fracionamento do Prêmio e configurada **A FALTA DE PAGAMENTO DE QUALQUER UMA DAS PARCELAS SUBSEQUENTES À PRIMEIRA, O PRAZO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA SERÁ AJUSTADO PROPORCIONALMENTE EM FUNÇÃO DO PRÊMIO JÁ EFETIVAMENTE PAGO, OU SEJA, "PRO-RATA TEMPORIS"**, sendo que a Seguradora informará ao Segurado por meio de comunicação escrita o ocorrido e a possibilidade de ajuste do prazo de vigência da apólice ou cancelamento do seguro.

9.6. FINDO O NOVO PRAZO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, CALCULADO COMO PREVISTO NO SUBITEM ANTERIOR, SEM QUE TENHA SIDO RETOMADO O PAGAMENTO DO PRÊMIO PELO SEGURADO, OPERARÁ DE PLENO DIREITO A RESOLUÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO, SEM QUALQUER TIPO DE NOTIFICAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL.

9.7. Fica vedado o cancelamento do contrato de 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.

9.8. Na hipótese de sinistro durante o período em que o Segurado esteve em mora, porém beneficiado pelo prazo de vigência ajustado **"PRO-RATA TEMPORIS"**, deverão ser descontados das indenizações relativas a perdas parciais os valores das parcelas pendentes, caso seja de interesse do Segurado o restabelecimento do prazo de vigência pactuado quando da contratação do seguro.

9.9. Caso ocorra um sinistro dentro do prazo de pagamento do prêmio ou de parcela dele, sem que este esteja efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, podendo ser descontado do valor da Indenização o Prêmio devido, reduzidos proporcionalmente os juros pactuados, se fracionado.

10. PERDA DOS DIREITOS

10.1. ALÉM DOS CASOS PREVISTOS EM LEI E NESTA APÓLICE, A SEGURADORA FICARÁ ISENTA DE QUALQUER OBRIGAÇÃO DECORRENTE DESTE CONTRATO SE:

A) O SEGURADO AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO;

B) O ESTIPULANTE, SEGURADO, SEU REPRESENTANTE, OU SEU CORRETOR DE SEGUROS, FIZER DECLARAÇÕES FALSAS, INCOMPLETAS, INEXATAS OU OMITIR CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO;

B.1.) SE A INEXATIDÃO OU OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ, FICA A CRITÉRIO DA SEGURADORA, NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:



B.1.1) CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU

B.1.2) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DO PRÊMIO CABÍVEL E/OU RESTRINGINDO TERMOS E CONDIÇÕES DA COBERTURA CONTRATADA

B.2.) SE A INEXATIDÃO OU OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ, FICA A CRITÉRIO DA SEGURADORA, NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO INTEGRAL:

B.2.1) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO; OU

B.2.2.) PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU DEDUZINDO-A DO VALOR A SER INDENIZADO E/OU RESTRINGIR TERMOS E CONDIÇÕES DA COBERTURA CONTRATADA.

B.3.) SE A INEXATIDÃO OU OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ, A SEGURADORA PODERÁ, NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM INDENIZAÇÃO INTEGRAL, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, DEDUZINDO, DO VALOR A SER INDENIZADO, A DIFERENÇA DO PRÊMIO CABÍVEL;

C) O ESTIPULANTE E O SEGURADO DEIXAREM DE CUMPRIR AS OBRIGAÇÕES CONVENÇIONADAS NESTA APÓLICE;

D) O SINISTRO FOR DEVIDO A CULPA GRAVE OU DOLO DO SEGURADO E/OU DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO, QUE, AGINDO EM NOME DO PRÓPRIO OU DO SEGURADO, OU COM O SEU CONHECIMENTO, TENHAM CONTRIBUÍDO PARA A CAUSA DO SINISTRO;

E) CASO HAJA RECLAMAÇÃO DOLOSA, SOB QUALQUER PONTO DE VISTA OU BASEADO EM DECLARAÇÕES FALSAS, OU EMPREGO DE QUAISQUER MEIOS CULPOSOS OU SIMULAÇÕES PARA OBTER INDENIZAÇÃO QUE NÃO FOR DEVIDA;

F) HOUVER FRAUDE OU TENTATIVA DE FRAUDE, SIMULANDO UM SINISTRO OU AGRAVANDO INTENCIONALMENTE AS CONSEQUÊNCIAS DE UM SINISTRO, PARA OBTER INDENIZAÇÃO;

G) O SEGURADO POR QUALQUER MEIO, PROCURAR OBTER BENEFÍCIOS ILÍCITOS DO SEGURO A QUE SE REFERE ESTA APÓLICE;

H) O ESTIPULANTE E SEGURADO SE RECUSAREM A APRESENTAR QUALQUER DOCUMENTAÇÃO QUE SEJA EXIGIDA PELA SEGURADORA PARA O CORRETO ESCLARECIMENTO DO FATO OCORRIDO.

10.2. O ESTIPULANTE E O SEGURADO estão obrigados a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perda do direito à indenização, se ficar comprovado que silenciaram má-fé.



10.2.1. A não comunicação de circunstâncias que caracterizem o agravamento de risco implicará na perda ao direito do Capital Segurado contratado, conforme previsto no artigo 769 do Código Civil que dispõe sobre o dever do Segurado comunicar à Seguradora todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o risco.

11. BENEFICIÁRIO

11.1. Considerando-se que o presente Seguro é contratado e custeado pelo Estipulante organizados do evento no interesse de um Grupo Segurável composto pelo Staff de organização do seu Evento e do Público Alvo do Evento, incluído automaticamente na Apólice, não se aplica ao Segurado a faculdade de nomeação de beneficiários. Neste caso, os beneficiários da indenização serão:

a) No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: o próprio Segurado será o Beneficiário, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com esta cláusula beneficiária;

b) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas: o Beneficiário será aquele que comprovar que efetuou, em nome do Segurado, o pagamento das despesas previstas por esta cobertura, mediante apresentação das notas fiscais originais;

c) No caso de Morte do Segurado: o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária. Na falta destas pessoas, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

12. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

12.1. O Segurado ou seus Beneficiários deverão comunicar a ocorrência do sinistro imediatamente à Seguradora, pelas vias mais rápidas ao seu alcance, sem prejuízo da comunicação por escrito. A comunicação também poderá ser realizada por via digital, para avaliação do pagamento do Capital Segurado, conforme coberturas contratadas.

12.1.1. Quando o sinistro for comunicado remotamente, deverá constar data, hora, local e causa do sinistro, situação esta que não exonera o Segurado, seu Representante ou seus Beneficiários, da obrigação de apresentar o formulário "Aviso de Sinistro".

12.2. Considera-se como data do sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos Sinistros:

12.2.1. Morte Acidental - a data do acidente.

12.2.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - a data do acidente.

12.2.3. Despesas Médico - Hospitalares - a data do acidente.

12.3. Fica estabelecido que os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

12.4. O Aviso de Sinistro deverá ser acompanhado, conforme a natureza do evento, dos documentos básicos adiante relacionados.



12.4.1. Em caso de Morte Acidental:

12.4.1.1. Comunicado de sinistro com informações médicas, preenchido pelo Beneficiário;

12.4.1.2. Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada);

12.4.1.3. Certidão de casamento (com data atualizada, ou seja, extraída após o óbito), RG, CPF e comprovante de residência do falecido (cópia simples).

12.4.1.4. Declaração de únicos herdeiros, com reconhecimento de firma dos declarantes.

12.4.1.5. RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s) (cópia simples). Em se tratando de Beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessária cópia simples do CPF.

12.4.1.6. Boletim de Ocorrência Policial (cópia autenticada).

12.4.1.7. Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML (cópia autenticada).

12.4.1.8. Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento.

12.4.1.9. Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais pessoa física para atender a circular 445/2012 em nome de cada Beneficiário.

12.4.2. Em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

12.4.2.1. Comunicado de sinistro com informações médicas, preenchido pelo Segurado;

12.4.2.2. Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente, com firma reconhecida.

12.4.2.3. RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples).

12.4.2.4. Atestado de Alta Médica definitiva, informando as sequelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membros lesados, inclusive o percentual (original).

12.4.2.5. Resultados de todos os exames realizados pelo Segurado em que sejam demonstradas as lesões de origem traumática.

12.4.2.6. Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso (cópia simples).

12.4.2.7. Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento.

12.4.2.8. Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais pessoa física para atender a circular 445/2012 em nome do Segurado.

12.4.3. Em Caso de Despesas Médico-Hospitalares e/ou Odontológicas:

a) Comunicado de sinistro com informações médicas, preenchido pelo Segurado;

b) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples);

c) Relatório médico de alta definitiva se for necessário;

d) Relatório ou Boletim de atendimento médico do hospital ou clínica que atendeu a vítima;



- e) Recibos de honorários médicos originais;
- f) Recibos de internação originais;
- g) Recibos de medicamentos com as respectivas receitas médicas;
- h) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso (cópia simples);
- i) Exames, relatórios e laudos médicos que confirmem o sinistro.

12.5. As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar documentos complementares para análise e elucidação do Sinistro. Quando isso ocorrer, o prazo para liquidação de que trata o subitem anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

12.6. A constatação da cobertura de Invalidez Permanente, conforme definida nesta condição geral, se fará por laudo subscrito por profissional habilitado na especialização da lesão e, se necessário, por perícia a ser realizada na esfera administrativa ou judicial.

12.7. Nos casos em que houver divergência sobre a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, a Seguradora proporá ao Segurado a constituição de junta médica, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15(quinze) dias, a contar da data de contestação.

12.8. A junta médica será constituída por 3 (três) profissionais habilitados na sua especialização, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

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

13. FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

13.1. O Capital Segurado será em moeda corrente nacional.

13.2. É permitido ao Segurado contratar mais de um seguro, complementar ao primeiro, desde que a soma dos Capitais Segurados de todos os seguros contratados não exceda ao limite máximo determinado pela Seguradora.

13.3. Para recebimento do Capital Segurado deverá ser comprovada a ocorrência do Sinistro avisado, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultada à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos relatados no Aviso de Sinistro.

13.4. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.



13.5. O Capital Segurado da Cobertura de Morte Acidental será pago de forma integral, já a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente poderá ser paga de forma integral ou proporcional, dependendo do grau da lesão apurada, conforme tabela para cômputo de invalidez prevista nas Condições Contratuais deste Seguro.

13.6. Se o pagamento do Capital Segurado ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do Sinistro, contados da entrega da documentação constante no item "Ocorrência do Sinistro" desta Condição Geral, aplicar-se-á, desde a data do evento, correção monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado anteriormente à data de sua efetiva liquidação, mais juros de mora de 1,0% (um por cento) ao mês aplicados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo estipulado.

13.7. O valor a ser reembolsado ao(s) Segurado(se) para as Despesas Médico Hospitalares, estará limitado ao valor efetivamente gasto, observado o Capital Segurado vigente na data do evento.

13.8. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados. Não obstante, poderá a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços, colocando-os à livre disposição do Segurado.

14. PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO

14.1. Não haverá cobrança de Participação Obrigatória do Segurado independentemente da natureza do sinistro.

15. ÂMBITO GEOGRÁFICO

As disposições deste seguro aplicam-se exclusivamente aos acidentes ocorridos:

Para o GRUPO SEGURADO "Público":

- a) Durante a realização do evento segurado, ocorrido em território nacional, dentro do local especificado no seguro, salvo se disposto contrário na Especificação da Apólice.

Para o GRUPO SEGURADO "Equipe Técnica, Artistas, Atletas e Competidores":

- a) Durante a realização do evento segurado, ocorrido em território nacional, dentro do local especificado no seguro, salvo se disposto contrário na Especificação da Apólice;
- b) Fora do local de realização do evento, salvo se disposto contrário na Especificação da Apólice.



16. FORO

16.1. As questões judiciais, entre Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

17. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

17.1. Para as **coberturas de reembolso**, a Seguradora poderá solicitar, quanto da assinatura da proposta ou da solicitação de aumento do valor do capital segurado, para efeito de subscrição, informação ao Proponente ou ao Segurado quando a contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes. O Segurado não será obrigado a informar à Seguradora a contratação posterior de outros seguros de pessoas com cobertura concomitantes.

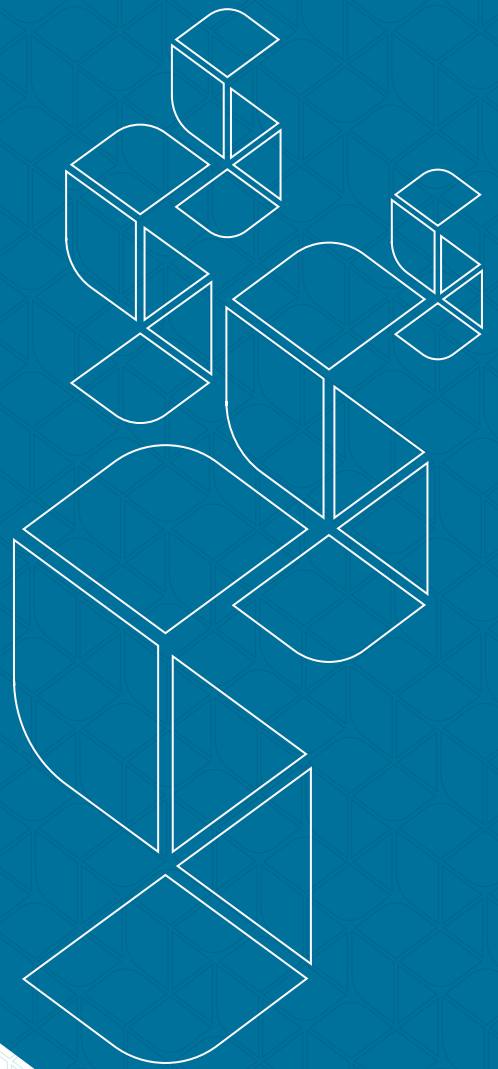
18. CLÁUSULA DE SANÇÃO E EMBARGOS

Fica entendido e acordado que, respeitado todo o conteúdo das Condições Gerais, Coberturas de Seguro, Cláusulas Específicas e Cláusulas Particulares do presente contrato de seguro, a Seguradora suspenderá o pagamento de indenizações devidas nos casos em que o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) ou país(es), estiver(em) inserido(s) em listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate à lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo ou esteja(m) sujeito(s) às sanções previstas na legislação Brasileira ou Internacional, conforme descrito nas listas de embargos e sanções, não se limitando a estas:

- a)** Organização das Nações Unidas - ONU: <https://nacoesunidas.org/conheca/>
- b)** Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>
- c)** Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>
- d)** Gafi – Grupo de Ação Financeira contra Lavagem de Dinheiro e financiamento de Terrorismo: <http://www.fazenda.gov.br/assuntos/prevencao-lavagem-dinheiro/alertas-pl-d-ft>

As listas referidas nas alíneas de a) a d) poderão sofrer atualizações de acordo com seus Órgãos Reguladores. Havendo, em meio a vigência da apólice, a inclusão do Segurado, de seus beneficiários ou país(es) nas listas de embargos e Sanções, as indenizações atreladas a este seguro, estarão suspensas, pelo período em que o Segurado, seus beneficiários ou país(es) estiverem incluídos em Listas de Sanções e Embargos, desde às 24 horas do dia da inclusão até às 24 horas do dia da exclusão ou eventual solução judicial. Ratificam-se os demais Termos, Clausulas e Condições não modificados por esta Cláusula Particular.





essor 
Seguradora do Grupo SCOR

essor.com.br